



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



# **Intervenção Psicomotora nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais**

## **- Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa da CERCILisboa**

Relatório de estágio elaborado com vista à obtenção do grau de mestre em  
Reabilitação Psicomotora, pela Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de  
Lisboa

Orientador: Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Júri:

Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

Vogais:

Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Professor Doutor Marco Paulo Maia Ferreira

Johana Ribeiro da Silva

2014

## **AGRADECIMENTOS**

O meu profundo obrigado a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste trabalho e apoiaram a minha permanência no Mestrado. Particularmente...

À minha mãe por me acompanhar e incentivar em todos os momentos da minha vida.

À minha família e amigos por me ajudarem a persistir em concretizar as minhas aspirações.

À Professora Doutora Sofia Santos pelo acompanhamento, disponibilidade e transmissão de conhecimentos permanentes, permitindo-me sentir apoiada em todos os momentos do estágio.

Às orientadoras Dra. Elisabete Sousa e Dra. Mónica Estevens pelo apoio e motivação constantes, bem como os feedbacks transmitidos ao longo dos meses de estágio.

Por último, mas não menos importante, o meu agradecimento a toda a organização CERCILisboa, incluindo colaboradores, clientes e suas famílias, por me terem recebido de forma tão afetuosa, me terem encorajado a prosseguir com o trabalho dirigido a esta população e me terem ensinado a realizar o meu trabalho de forma mais eficaz.

## **RESUMO**

Ao longo do documento descreve-se, detalhadamente, o trabalho desenvolvido durante o estágio curricular, inserido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, do Mestrado em Reabilitação Psicomotora. Este ocorreu no Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa, da CERCILisboa, com jovens e adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais, durante oito meses. A intervenção psicomotora decorreu em contexto de atividade motora, em meio aquático e, canoagem e vela adaptada com diferentes grupos, onde foi promovido o bem-estar geral, qualidade de vida, funcionalidade e autonomia dos clientes, através da aplicação de atividades lúdico-pedagógicas e de mediatização corporal. Todas as fases inerentes a uma prática terapêutica adequada foram percorridas, passando pela observação e conhecimento dos clientes, por uma avaliação inicial, processo terapêutico planeado, avaliação final de resultados e uma reflexão acerca de todo o processo de integração do aluno na prática profissional orientada. Mais ainda, é apresentado um projeto de investigação aplicado pela estagiária indo ao encontro das necessidades emocionais, sociais e físicas dos colaboradores que promovem o trabalho desenvolvido para esta população.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais, Intervenção Psicomotora, Funcionalidade, Qualidade de vida, Apoios, CERCI de Lisboa.

## **ABSTRACT**

The present document describes in detail the work developed during the curricular internship that is part of the Masters in Psychomotor Therapy. This internship took place at the *Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa*, of the institution *CERCI Lisboa* with young people and adults with Intellectual and Developmental Disabilities during eight months. The psychomotor intervention occurred in the context of motor activity, aquatic therapy and boating and adapted sailing with different groups, where was promoted the general well-being, quality of life, functionality and autonomy of the clients by the application of playful and corporal mediation activities. All phases inherent to a proper therapeutic practice was followed passing through the observation and knowledge of clients, an initial evaluation, a planned therapeutic process, the final evaluation of results and one reflection on the entire process of student's integration in professional practice oriented. Furthermore is presented a research project implemented by the student searching for emotional, social and physical needs of employees who promote the work in this population.

**KEY-WORDS:** Intellectual and Developmental Disability, Psychomotor Intervention, Functionality, Quality of Life, Supports, CERCI de Lisboa.

## ÍNDICE

<b>Introdução</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E INSTITUCIONAL</b>	<b>3</b>
1.1. Caracterização e contextualização histórica da organização	3
1.1.1. Linhas orientadoras e políticas organizacionais	4
1.1.2. Respostas sociais e serviços prestados pela organização	6
1.1.3. Infraestruturas/contextos de apoio à Intervenção Psicomotora	7
1.2. Caracterização da População-Alvo	9
1.2.1. Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID)	10
Etiologia e fatores causais das Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais	13
Caracterização da pessoa com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais	13
Duplo diagnóstico nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais	15
1.2.2. Trissomia 21	18
1.2.3. Caracterização da Paralisia Cerebral	21
1.3. Intervenção Psicomotora: estratégias, contextos e metodologias	23
1.3.1. A intervenção psicomotora perspetivada pela instituição	26
1.4. Importância da avaliação e a avaliação/observação psicomotora	30
<b>CAPÍTULO 2 – INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NA CERCILISBOA</b>	<b>32</b>
2.1. Calendarização e horário das atividades de estágio	32
2.2. Grupos apoiados pela planificação e intervenção da estagiária	33
2.3. Procedimentos gerais	34
2.4. Instrumentos de avaliação	36
2.4.1. Escala de Comportamento Adaptativo (versão Portuguesa)	37
2.4.2. Ficha de Avaliação do Comportamento no Meio Aquático	38
2.5. Objetivos da intervenção, estratégias e atividades desenvolvidas	38
2.6. Análise dos resultados e do processo de intervenção	41
2.7. Principais dificuldades e limitações	43
2.8. Atividades complementares ou de formação realizadas durante os meses de estágio curricular	44
<b>CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO DE DOIS ESTUDOS DE CASO</b>	<b>46</b>
3.1. Apresentação do Estudo de Caso 1	46
3.1.1. Dados da anamnese do cliente	46
3.1.2. Resultados da Avaliação Inicial	47
Resultados apresentados na aplicação da ECAP	48
Resultados da Ficha de Avaliação do Comportamento no Meio Aquático	49

3.1.3. Planificação da intervenção psicomotora para o estudo de caso 1	50
3.1.4. Resultados da intervenção psicomotora e sua discussão	52
3.2. Apresentação do Estudo de Caso 2	54
3.2.1. Dados da Anamnese do cliente	54
3.2.2. Resultados da Avaliação Inicial	55
Resultados apresentados na aplicação da ECAP	55
Resultados da Ficha de Avaliação do Comportamento no Meio Aquático	57
3.2.3. Planificação da intervenção psicomotora do estudo de caso 2	58
3.2.4. Resultados da intervenção psicomotora e sua discussão	60
<b>CAPÍTULO 4 – PROJETO DE INVESTIGAÇÃO “INCIDÊNCIA DE FATORES DE RISCO OCUPACIONAL EM CUIDADORES FORMAIS”</b>	<b>63</b>
4.1. Objetivo, definição e pertinência do estudo	63
4.2. Enquadramento teórico	63
4.2.1. Impacto profissional na qualidade de vida de cuidadores formais	64
4.2.2. Principais problemas e necessidades apresentadas pelos cuidadores	65
4.2.3. Intervenções e estratégias para reduzir o stresse ocupacional	66
4.2.4. Intervenção Psicomotora no stresse ocupacional	67
4.3. Metodologia Aplicada	68
4.3.1. Amostra	68
4.3.2. Instrumento	68
4.3.3. Procedimentos	69
4.4. Principais resultados e sua discussão	69
4.5. Aplicação prática do projeto de investigação	71
<b>CAPÍTULO 5 – REFLEXÃO PESSOAL</b>	<b>72</b>
<b>Conclusões Finais</b>	<b>74</b>
<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>76</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>i</b>

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 – Perspetiva geral do horário semanal de estágio curricular. _____	32
Tabela 2 - Descrição dos grupos apoiados pela intervenção da estagiária. _____	34
Tabela 3 - Cronograma da aplicação das tarefas de intervenção do ano letivo 2013/2014. ____	36
Tabela 4 - Cronograma da aplicação das tarefas de investigação do ano letivo 2013/2014. ____	36
Tabela 5 - Planificação da intervenção e objetivos terapêuticos da Atividade Motora, para o estudo de caso 1. _____	51
Tabela 6 - Planificação da intervenção e objetivos terapêuticos da Atividade em Meio Aquático, para o estudo de caso 1. _____	51
Tabela 7 - Apresentação dos resultados da intervenção para o estudo de caso 1. _____	52
Tabela 8 - Planificação da intervenção e objetivos terapêuticos da Atividade Motora, para o estudo de caso 2. _____	59
Tabela 9 - Planificação da intervenção e objetivos terapêuticos da Atividade em Meio Aquático, para o estudo de caso 2. _____	59
Tabela 10 - Apresentação dos resultados da intervenção para o estudo de caso 2. _____	60

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Representação gráfica dos resultados obtidos na ECAP, por domínios, da secção das competências de independência pessoal, para o estudo de caso 1. _____	48
Figura 2 - Representação gráfica dos resultados obtidos pela ECAP, nos comportamentos desajustados, para o estudo de caso 1. _____	48
Figura 3 - Representação gráfica dos resultados obtidos na Ficha de Avaliação do Comportamento no Meio Aquático, para o estudo de caso 1. _____	49
Figura 4 - Representação gráfica dos resultados obtidos na ECAP, por domínios, da secção das competências de independência pessoal, para o estudo de caso 2. _____	55
Figura 5 - Representação gráfica dos resultados obtidos pela ECAP, nos comportamentos desajustados, para o estudo de caso 2. _____	56
Figura 6 - Representação gráfica dos resultados obtidos na Ficha de Avaliação do Comportamento no Meio Aquático, para o estudo de caso 2. _____	57

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

ANEXO 1 – Exemplo de avaliação inicial “Ficha de Avaliação do Comportamento no meio aquático” _____	ii
ANEXO 2 – Exemplar de planificação de sessão e relatório da atividade em Meio Aquático ____	vi
ANEXO 3 – Exemplar de planificação de sessão e relatório da atividade Motora _____	x
ANEXO 4 – Questionário aplicado aos colaboradores para o projeto de investigação _____	xiv
ANEXO 5 – Panfleto distribuído na CERCILisboa com os resultados obtidos no Projeto ____	xix
ANEXO 6 – Plano de sessão elaborado para aplicação prática do projeto de investigação ____	xxiii
ANEXO 7 – Ficha de Avaliação da sessão dinamizada para os colaboradores _____	xxvi

## **INTRODUÇÃO**

A elaboração do presente documento insere-se na unidade curricular do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais – RACP (doravante designado por Estágio), integrada no Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana (FMH), da Universidade de Lisboa, que apresenta como principais objetivos, 1) estimular o domínio do conhecimento aprofundado na área de estudos da Reabilitação Psicomotora, nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo competências de caráter multidisciplinar; 2) desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de intervenção Psicomotora, em diferentes contextos e domínios e, 3) desenvolver a capacidade de prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área (Brandão, Martins & Simões, 2013).

Para além dos objetivos gerais, o regulamento do estágio (Brandão, Martins & Simões, 2013) apresenta como objetivo específico proporcionar a aprendizagem e treino direcionados para o exercício da atividade profissional e facilitar a inserção do mestrando no mercado de trabalho, através da aquisição de competências nos seguintes três domínios:

**1. Intervenção pedagógico-terapêutica (psicomotora):** pretende-se que o mestrando relacione os conhecimentos da sua especialidade, (transversais e interdisciplinares) com as atividades profissionais associadas ao processo de intervenção, tais como: a avaliação do desenvolvimento psicomotor e o estabelecimento do perfil intraindividual; a conceção, aplicação e avaliação de programas no âmbito da reabilitação psicomotora, ao nível da educação, reeducação e terapia psicomotora; identificação de fatores contextuais, facilitadores ou inibidores do desenvolvimento psicomotor e elaboração das respetivas medidas preventivas e profiláticas;

**2. Relação com outros profissionais:** pretende-se que o mestrando relacione os conhecimentos da intervenção psicomotora às atividades profissionais associadas ao processo de comunicação e partilha de saberes no seio de equipas multidisciplinares: participação tanto na avaliação do desenvolvimento, do potencial de adaptação e de aprendizagem em equipa multidisciplinar como na conceção e desenvolvimento de planos e programas multidisciplinares de reabilitação, em cooperação com outros profissionais, visando a promoção do potencial de adaptação e de aprendizagem e a inclusão social do indivíduo; e por último,

**3. Relação com a comunidade:** pretende-se que o mestrando se integre na comunidade, através do desenvolvimento de projetos nas instituições ou comunidade, privilegiando a interação entre os diferentes intervenientes (indivíduo, família, técnicos) nos processos de: orientação e aconselhamento nas diferentes áreas de intervenção da psicomotricidade ao nível pessoal, familiar e comunitário; observação e análise da conceção e dinamização de projetos e realização de eventos para a divulgação das atividades do RACP e dinamização da relação da instituição com a comunidade.

No que diz respeito ao contexto de estágio apresentado e vivenciado pela estagiária, inserido no domínio da Funcionalidade e Qualidade de Vida, pretende-se que o mestrando adquira competências tanto ao nível do desenvolvimento de metodologias e instrumentos específicos de avaliação para as diferentes situações de deficiência, com implicações no planeamento da intervenção em Reabilitação Psicomotora, bem como, no que concerne ao desenvolvimento de metodologias e instrumentos de intervenção para as mesmas situações, também no âmbito da Reabilitação Psicomotora (Brandão, Martins & Simões, 2013).

O Estágio foi realizado na CERCI de Lisboa, concretamente no Centro de Transição para a Vida Ativa e Adulta, com jovens e adultos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvidor e multideficiência, durante o ano letivo 2013/2014, tendo iniciado a 7 de outubro e terminado a 30 de maio de 2014. Além disso o estágio foi prolongado por uma semana e decorreu até ao dia 6 de junho de 2014, com o intuito de finalizar por completo as sessões e aplicar a sessão em psicomotricidade perspectivada para os colaboradores da instituição, organizada pela estagiária.

O presente documento constitui o instrumento formal, elaborado ao longo do ano letivo, que expõe todas as atividades realizadas e procedimentos seguidos e, organiza-se em cinco capítulos principais. O primeiro capítulo apresenta um enquadramento teórico detalhado, que serve de base ao restante trabalho desenvolvido, descrevendo a instituição e suas valências, a população por si apoiada, em que consiste a intervenção e avaliação psicomotora, bem como, as metodologias e técnicas aplicadas. No segundo capítulo é apresentada a concretização prática da intervenção psicomotora pela estagiária, abrangendo a calendarização e horário, a descrição dos grupos terapêuticos, da observação, intervenção e avaliação psicomotoras implementadas e os resultados obtidos. O capítulo terceiro expõe detalhadamente a intervenção realizada para cada um dos estudos de caso escolhidos e os seus resultados. Já o capítulo quatro expõe quais os procedimentos implementados junto dos colaboradores da CERCI Lisboa, demarcando um levantamento das suas necessidades físicas, sociais, psicológicas e emocionais, consoante o trabalho desenvolvido, permitindo a elaboração final do projeto de investigação implementado pela estagiária. Por último, no capítulo cinco, a estagiária compõe uma reflexão pessoal acerca do trabalho realizado e suas aprendizagens pessoais e profissionais.



## **CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E INSTITUCIONAL**

O segundo ano letivo do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, correspondente ao ano 2013/2014, diz respeito à realização de um ano curricular de estágio, tornando possível ao discente a participação em programas de intervenção psicomotora, junto da população e ramo de estudos por si escolhidos no ano letivo anterior. O estágio, com duração de oito meses consecutivos, visa colocar em prática todos os conhecimentos aprendidos anteriormente, promovendo a funcionalidade e qualidade de vida da população com deficiência, através da aplicação direta, numa instituição, das componentes e estratégias da intervenção psicomotora. Para além disso, tem como principal objetivo a aplicação prática das competências profissionais dos discentes licenciados em Reabilitação Psicomotora, em contexto de trabalho (Brandão, Martins & Simões, 2013).

Assim sendo, visto o ramo escolhido corresponder ao apoio à vida independente de populações com deficiência, uma das organizações nas quais esse estágio ocorre é a CERCI Lisboa, razão pela qual se procederá, em seguida, a uma breve descrição e contextualização histórica da mesma, para um melhor enquadramento de toda a atividade de estágio.

Importa ainda referir que, ao longo da componente teórica, se utilizará o termo Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais, por se tratar do termo mais recentemente aplicado a esta população e, apenas se empregará o termo Deficiência Mental, quando se tratar de nomes de organizações.

### **1.1. Caracterização e contextualização histórica da organização**

A Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidade (CERCI) de Lisboa foi fundada a 16 de Julho de 1975 por familiares, amigos e técnicos de crianças com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID), tendo sido registada como Pessoa Coletiva de Utilidade Pública, sem fins lucrativos e, denominando-se, inicialmente, por Centro Educacional dos Olivais. Já nesta altura, a instituição tinha como principal objetivo responder às necessidades e preocupações das pessoas com deficiência, assumindo-se como pioneira no trabalho desenvolvido, principalmente, junto das dificuldades intelectuais (CERCILisboa, 2012).

Com o avançar do tempo, foram criados mais dois centros, um em Marvila e outro em Carnide, em 1976 e 1977, respetivamente, com o propósito de responder eficazmente ao crescente número de crianças com necessidades educativas especiais (CERCILisboa, 2013a).

A criação deste tipo de centros foi feita ao longo de todo o país, contabilizando-se atualmente cerca de 51 organizações (CERCIs) que, possuem como principal objetivo a estruturação de respostas e serviços adequados ao desenvolvimento das crianças e jovens e, à melhoria da qualidade de vida de adultos com dificuldades intelectuais, bem como, à sua inclusão na sociedade de forma ativa e participativa. Tal crescimento ficou conhecido como Movimento CERCI que, a fim de serem diferenciadas entre si, foram acrescentadas as localidades onde se encontram às suas nomenclaturas (e.g.: CERCI Lisboa – CERCILisboa, 2013a).

A CERCILisboa constitui uma organização pró-ativa, que presta serviços a cerca de 950 pessoas com dificuldade intelectual e multideficiência, em diversos âmbitos de intervenção social e ao longo de todo o ciclo de vida. A instituição procura manter-se atualizada do ponto de vista teórico-prático, acompanhando as mudanças sociais que vão surgindo e encarando os desafios que se colocam no âmbito das atuais políticas nacionais e europeias, perspetivando sempre a abertura ao exterior e o respeito pela cidadania, tentando não duplicar apoios existentes na comunidade, mas sim contribuir para a otimização de todas as necessidades e potencialidades. A participação em projetos nacionais e internacionais procura o rigor científico e prático, sendo

atualmente uma das instituições de referência. Em Maio de 2011, a CERCI viu a sua prestação de serviços certificada pela EQUASS (European Quality in Social Services) nível Assurance, um sistema de classificação do nível de qualidade do setor de serviços sociais. Esta classificação tem como objetivo estimular o desenvolvimento do sector dos serviços sociais, promovendo o compromisso dos prestadores de serviços com a qualidade e a melhoria contínua, constituindo-se como um instrumento de garantia da qualidade, reconhecido pelos clientes a nível europeu. Pretende contribuir para a criação de um mercado europeu e para a modernização dos serviços sociais de interesse geral, no qual os prestadores de serviços tenham a possibilidade de se diferenciar, utilizando a qualidade dos seus serviços como uma vantagem competitiva (CERCILisboa, 2011a).

Para além de tudo isto, a CERCI Lisboa é uma das associadas da Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social (FENACERCI) e da Federação Portuguesa de Centros de Formação Profissional e Emprego de Pessoas com Deficiência (FORMEM). Posto isto, ao ser associada da FENACERCI, a instituição pode usufruir de todas as atividades realizadas pela mesma e, contribuir para a representação a nível nacional, dos objetivos das cooperativas e associações de solidariedade social e do tipo de serviços de que dispõem, nas diferentes comunidades. Por outro lado, o facto de ser associada da FORMEM constitui um fator fundamental para a contribuição e clarificação do papel dos centros de reabilitação, na promoção da integração socioprofissional das pessoas com deficiência.

Para conhecimento de todos os interessados, os documentos que regulamentam e estruturam as práticas e ações da CERCI Lisboa encontram-se disponíveis para consulta, tanto em todos os seus centros, como também no sítio da internet da instituição (<http://www.cercilisboa.org.pt/>).

Na sequência dos processos de certificação e na necessidade de potenciar cada vez mais o trabalho concretizado pela organização, a CERCILisboa elaborou e adotou um conjunto de políticas, visando não só a clarificação das linhas orientadoras e das políticas organizacionais, como também estabeleceu um conjunto de princípios e valores, no contexto da igualdade de oportunidades, ética e autodeterminação das populações às quais providenciam os seus apoios (CERCILisboa, 2011b).

#### **1.1.1. Linhas orientadoras e políticas organizacionais**

Constituindo uma entidade de referência no âmbito da inclusão e participação social por parte de cidadãos com dificuldades, a CERCI tem como *visão* “proporcionar melhor qualidade de vida aos seus clientes e múltiplas formas de vivência em comum” (CERCILisboa, 2012).

Por conseguinte, a fim de atingir a demanda apresentada, a instituição tem como *missão* principal “contribuir para a qualidade de vida das pessoas com dificuldade intelectual, atuando na prevenção, sensibilização, promoção de competências e capacidades e, desenvolvimento de atividades, através do fomento de uma comunidade orientada pelo otimismo, motivação e pela não discriminação” (CERCILisboa, 2012).

No que concerne aos *valores* essenciais da instituição, estes abrangem os seguintes aspetos (CERCILisboa, 2012):

- **Otimismo:** assumir uma atitude positiva e encarar os desafios como oportunidades;
- **Dedicação à causa:** assumir que a ação da instituição só tem significado se for realizada com interesse, empenho e dedicação;
- **Ética nos procedimentos:** assumir que toda a ação é determinada por princípios éticos insubstituíveis;

- **Flexibilidade nas atitudes:** assumir atitudes que vão ao encontro das diferentes situações, ajustando as suas respostas;
- **Determinação na ação:** assumir uma atitude persistente na prossecução dos objetivos definidos e na procura ativa de práticas inovadoras;
- **Ousadia na inclusão:** assumir a inclusão como a “estrela guia” da sua ação, procurando formas inovadoras e personalizadas de a concretizar; e
- **Democracia na partilha:** assumir um conjunto de princípios profissionais como forma de proteger os direitos humanos fundamentais e de oportunidade de participação ativa na vida da CERCI.

Para além das linhas orientadoras já referidas, o Departamento de Gestão da Qualidade (CERCILisboa, 2013b) apresenta um conjunto de cinco políticas organizacionais que regem, rigorosamente, o trabalho e a interveniência social realizada por si. Através destas é possível realizar um trabalho contínuo, organizado e no qual, todos os colaboradores possuem a mesma visão e as mesmas estratégias, compreendendo o principal propósito deste tipo de instituições.

Primeiramente, a **política de qualidade** visa, essencialmente, promover o máximo de autonomia e qualidade de vida a todos os clientes, ter profissionais cada vez mais qualificados e motivados para a função que exercem, a pro-atividade na melhoria contínua dos processos e estratégias e, garantir a participação e o desenvolvimento da sua ação junto da comunidade. Tais diretrizes são atualmente controladas pela marca EQUASS, a partir da altura em que esta certificou a CERCI como uma instituição prestadora de serviços sociais de qualidade (CERCILisboa, 2013b).

Relativamente à **política de recursos humanos**, esta diz respeito ao conjunto de ideais que orientam a organização dos colaboradores existentes. Tal pretende assegurar a sua motivação e participação, um clima organizacional positivo e a estabilidade dentro e entre as equipas. Através de um recrutamento exigente e positivo, compreensão da igualdade de oportunidades e não discriminação entre colaboradores, garantia dos princípios éticos, da participação ativa e da formação, torna-se possível a manutenção de equipas de trabalho estáveis e equilibradas que promovem, em conjunto, o máximo bem-estar dos clientes. No que concerne à componente de formação, as iniciativas formativas realizadas são reconhecidas pela Direção Geral do Emprego e das Relações do Trabalho (DGERT), tornando a sua certificação credível. Por outro lado, o Departamento de Formação e Qualificação de Ativos (DQDA) executou um plano de formação para colaboradores da CERCI e externos à mesma, a fim de, aumentar a valorização pessoal e profissional e maximizar as competências dos técnicos da área da educação e reabilitação, melhorando a qualidade dos serviços prestados (CERCILisboa, 2013b).

Quanto à **política de ética** compreende-se que, de acordo com o tipo de serviço por si realizado, seja necessária a organização de documentação que possua dados pessoais e relativas a cada indivíduo. Desta forma, é importante que as suas informações sejam apenas utilizadas para efeitos necessários à instituição. Caso seja necessária a utilização de algum dado noutro contexto, o cliente e/ou o seu responsável deverá ter conhecimento disso mesmo. A confidencialidade é respeitada tendo-se em conta o Código de Ética elaborado pela CERCI e o sigilo inerente aos profissionais durante o seu trabalho (CERCILisboa, 2013b).

No que concerne à **política de prevenção do abuso e maus tratos** afirma-se garantir a dignidade e integridade física e moral de todos, proporcionando um ambiente harmonioso e estimulante, assegurando-se em todos os momentos assertividade nas situações de maus tratos (CERCILisboa, 2013b).

Por último, a **política de participação e envolvimento dos clientes** pretende assumir a capacidade de tomada de decisão e de ambição de cada um, permitindo a

sua participação individual e segundo os seus ideais em todas as situações dentro e fora do contexto institucional, direcionando e orientando sempre que seja necessário (CERCILisboa, 2013b).

Deste modo, a fim de efetivar a sua ação junto da pessoa com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais e, cumprir as suas políticas e ideais, a CERCILisboa dispõe de um conjunto de respostas e serviços que vão ao encontro das características intraindividuais do cliente e às suas necessidades diárias e reais e às suas potencialidades globais (CERCILisboa, 2011a), pelo que serão abordadas em seguida.

### **1.1.2. Respostas sociais e serviços prestados pela organização**

A equipa da CERCILisboa baseia a sua ação numa visão holística do cliente, incluindo as suas necessidades, expectativas e preferências e, envolvendo os intervenientes de todos os contextos no qual ele se insere. Desta forma, cada cliente possui um Plano Individual de Intervenção ou Projeto de Vida, elaborado por si, pelos colaboradores da instituição e pela sua família, como também pelo seu Gestor de Projeto de Vida, papel assumido por um técnico colaborador (CERCILisboa, 2011a).

Assim, a sua prática investe em quatro princípios fundamentais nos quais, 1) o cliente é parte ativa na construção e vivência do seu projeto de vida; 2) a sua família está sempre presente e acompanha o seu desenvolvimento e ações que vão sendo implementadas durante a elaboração do seu projeto de vida; 3) as suas necessidades ou potenciais e expectativas norteiam a intervenção em todos os contextos e atividades em que participa e, 4) o planeamento da intervenção é centrado na promoção da qualidade de vida dos clientes (CERCILisboa, 2011a).

As necessidades dos clientes não são todas iguais, bem como as respostas sociais que a CERCILisboa possui para colmatar as necessidades desenvolvimentais de cada um. Desta forma, as respostas e serviços de que possui incluem (CERCILisboa, 2011a):

- **Programa Comunitário de Intervenção Precoce:** constitui uma resposta social de intervenção integrada, centrada na criança, entre os 0 e 6 anos, e família, desenvolvida através de ações de carácter preventivo e habilitativo, no âmbito da educação, saúde e ação social;

- **Centro de Atividades Ocupacionais (CAO):** resposta social direcionada para jovens e adultos com necessidade de apoios limitados a permanentes, com o objetivo de desenvolver atividades promotoras de autonomia. Nestes centros apoiam-se os clientes no seu projeto de vida, incentivando-os a fazer escolhas e a tomar decisões de forma autónoma. No entanto, os clientes têm possibilidade de beneficiar da intervenção de uma equipa multidisciplinar e de um leque variado de atividades, de acordo com as suas necessidades/potenciais e expectativas, que os ajudam a realizar essas mesmas escolhas e opções de vida. Deste modo possuem, entre outras, as seguintes atividades:

- Atividades Lúdico-Terapêuticas que pretendem a ativação física, funcional e a estimulação sensorial;

- Atividades de Desenvolvimento Pessoal e Social que visam a promoção das competências de relacionamento interpessoal, autodeterminação, autonomia, bem-estar, cidadania e participação social (e.g.: grupo de bombos “Bombarte”, jornal informativo, grupo de teatro, grupo de dança...);

- Atividades Instrumentais da Vida Quotidiana em que são acompanhadas e orientadas as tarefas básicas de higiene pessoal, vestuário e refeição, domésticas e gerais da vida diária;

- Atividades Estritamente Ocupacionais realizadas no âmbito do processo de transformação das matérias-primas (nomeadamente reaproveitamento de materiais) em outros novos produtos; e
- Atividades Socialmente Úteis que têm como objetivo a valorização pessoal do cliente e o máximo desenvolvimento das suas capacidades no sentido da promoção da sua autonomia e/ou facilitar a possível transição para programas de inserção socioprofissional.

– **Lar Residencial:** resposta social que tem como objetivo o alojamento temporário ou permanente de pessoas com “deficiência” com mais de 16 anos, assegurando condições de bem-estar e qualidade de vida ajustadas às suas necessidades e onde são desenvolvidas atividades de funcionamento independente, responsabilidade pessoal-social e atividades socioculturais. Atualmente, o lar tem capacidade para receber 20 pessoas, encontrando-se preenchido. A preocupação com a questão de alojamento desta população tem vindo a aumentar por parte da instituição, visto o número de pessoas sem cuidador estar a aumentar exponencialmente;

– **Centro de Atendimento, Acompanhamento e Animação para Pessoas com Deficiência (CAAAPD):** destina-se a informar, orientar e apoiar pessoas com “deficiência” e suas famílias, que podem ou não ser clientes da CERCI, promovendo a sua capacitação para a procura de soluções que respondam às necessidades apresentadas e favorecendo a inclusão social;

– **Centro de Recursos para a Inclusão (CRI):** em que se pretende apoiar a inclusão de crianças e jovens com necessidades especiais em escolas de ensino regular, da zona geográfica de Lisboa, implementando planos de ação individualizados, acordantes com as necessidades e potenciais de cada indivíduo; e o

– **Centro de Formação Profissional (CFP):** que visa desenvolver ações que permitam a aquisição e/ou desenvolvimento de competências profissionais iniciais, promotoras do ingresso de pessoas com deficiência e incapacidades no mercado de trabalho.

Genericamente, a organização dá resposta a cerca de 950 clientes, entre crianças, jovens e adultos com DID e multideficiência, em diferentes vertentes e ao longo da vida dos mesmos, indo ao encontro dos objetivos citados. Para tal possui uma equipa com cerca de 140 colaboradores, diversificada e multidisciplinar, que atua em simultâneo nas suas vertentes, mas sempre perspetivando o melhor para o desenvolvimento global do cliente (CERCI Lisboa, 2013b).

A ação da instituição é contínua, não tendo interrupções durante o dia e, todas as tarefas diárias dos clientes são promovidas e acompanhadas pelos monitores e monitoras e auxiliares pedagógicas, dependendo da necessidade de apoio de cada um. Neste sentido, a CERCI dispõe de diferentes espaços que permitem a eficaz atuação dos colaboradores, bem como, a promoção da autonomia, funcionalidade e iniciativa dos clientes (CERCILisboa, 2013b). Assim, são descritas de seguida quais as principais infraestruturas onde ocorrem os apoios prestados pelas Técnicas de Reabilitação ou Psicomotricistas.

### **1.1.3. Infraestruturas/contextos de apoio à Intervenção Psicomotora**

A CERCI Lisboa é atualmente constituída por três infraestruturas principais: o Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa, sito em Marvila, o Centro Ocupacional dos Olivais, em Santa Maria dos Olivais e, o Centro Ocupacional Espaço da Luz, em Carnide (CERCILisboa, 2013a).

O **Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA)**, local onde o estágio se desenrola maioritariamente, inaugurado a 2 de março de 2004, constitui a infraestrutura principal, onde se encontram todos os serviços de administração e

gestão, um dos centros de atividades ocupacionais e o lar residencial da cooperativa. Este foi o segundo centro criado, fundado em 1976 e rege-se, atualmente, pelos Decreto-Lei 18/89, Decreto-Lei 52/SESS/1990 e Portaria 432/2006 (CERCILisboa, 2012). O CTVAA é o principal local de realização e concretização deste estágio curricular no 2º ano de Mestrado em Reabilitação Psicomotora.

Este centro guia-se tanto pelo seu regulamento interno bem como o regulamento geral da instituição, e evidencia objetivos específicos que visam dar resposta às necessidades e expectativas de cada cliente, impulsionando a sua autonomia e a satisfação com a vida (CERCI Lisboa, 2011b).

Possui cerca de 105 jovens e adultos clientes, com idade superior a 16 anos, que apresentam como diagnóstico Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais ou multideficiência, com limitações na atividade ou participação e, que não se encontrem integrados pela legislação referente ao emprego protegido (CERCILisboa, 2011a).

A equipa técnica, presente diariamente no centro, é constituída por colaboradores qualificados, abrangendo várias áreas de intervenção e apoio, sendo composta por psicólogos, assistentes sociais, técnicos de educação especial e reabilitação, terapeutas ocupacionais, fisioterapeuta e monitores de atividades ocupacionais ou técnicos de intervenção direta (CERCILisboa, 2013a).

Com o intuito de apoiar os clientes ao nível da deslocação entre o seu local de residência e o centro, bem como as deslocações para outras atividades/apoios, orientados por si e pelos seus colaboradores, a CERCI Lisboa possui 3 carrinhas, das quais uma é adaptada para transporte de cadeiras de rodas. Importa referir que a instituição pretende ressaltar o máximo de autonomia dos seus clientes, possibilitando, em conjunto com a família, que os mesmos se desloquem de forma independente em transportes públicos, sendo que, alguns deles o fazem diariamente para o centro. Outros ainda contam com o apoio das famílias para poder frequentar o centro.

O CTVAA funciona de segunda a sexta-feira, entre as 9h e as 17h, num espaço totalmente acessível e com infraestruturas que permitem uma organização por seis salas ocupacionais com casa de banho acessível e privativa, espaços terapêuticos, refeitório, ginásio, sala de convívio, escritórios administrativos, espaços de manutenção do centro e, lar residencial que funciona durante a semana das 17h às 9h e, ao fim de semana, durante 24h (CERCI Lisboa, 2011b).

Os clientes distribuem-se pelas 6 salas ocupacionais, onde o trabalho em cada uma difere, principalmente, no tipo de materiais utilizados para a transformação e nas atividades realizadas, de acordo com os objetivos estabelecidos nos projetos de vida de cada um deles. A sua distribuição pelas salas é feita independentemente das habilidades e competências de cada cliente, tendo-se formado grupos heterogêneos, e contribuindo para a criação de espaços de partilha de experiências e contacto com as diferenças de cada um, promovendo a inclusão de forma harmoniosa.

Durante o ano não são apenas realizadas as atividades de apoio diário e ocupacionais. São também realizadas atividades que marcam as principais datas festivas, envolvendo clientes, colaboradores, familiares e comunidade em geral e, eventos agendados ao longo do ano, tais como os encontros entre as diferentes cooperativas, numa parceria entre várias instituições nos quais, cada uma organiza e dinamiza momentos de atividade marcados pela partilha de experiências e convívio.

Relativo à intervenção psicomotora, as sessões de atividade motora adaptada realizam-se ou no exterior do centro ou no ginásio do CTVAA. Esta infraestrutura possui as condições necessárias à realização das atividades de intervenção psicomotora incluindo todo o tipo de materiais existentes habitualmente num ginásio, tais como, colchões de diferentes formas, arcos, cones, bolas de vários desportos,

cestos de basquetebol, bancos suecos, raquetes de diferentes tipos, balizas, mesas de ténis de mesa, espaldares, i.e., todo o tipo de material necessário à estimulação e participação nas atividades motoras adaptadas. Para além de tudo isto, o ginásio possui uma rampa de acesso para pessoas com mobilidade reduzida e, dois balneários com casa de banho adaptada e chuveiros, sendo possível aos clientes e técnicos realizarem a sua higiene e preparação para a prática de atividade física.

Por outro lado, as atividades em meio aquático realizam-se nas piscinas municipais do **Complexo Municipal do Casal Vistoso**, sito no Areeiro, com o qual a CERCILisboa possui um protocolo de utilização diária, há vários anos. O Complexo Municipal do Casal Vistoso, em funcionamento desde 2007, é da responsabilidade da Câmara Municipal de Lisboa e é relativamente próximo à instituição, embora as deslocações se efetuem com recurso às suas carrinhas (Câmara Municipal de Lisboa, 2012).

As piscinas municipais do Casal Vistoso possuem acessibilidades adequadas para pessoas com mobilidade reduzida, balneários adaptados, escadas de acesso à piscina e um elevador hidráulico (que se encontra em manutenção e não sendo possível a sua utilização atualmente). A piscina tem uma dimensão de 25m por 20m, profundidade de 1.20m e capacidade para uma divisão em 10 pistas, das quais a CERCILisboa pode utilizar uma por cada grupo de sessão, normalmente duas por cada hora de apoio. Esta profundidade permite que qualquer cliente seja capaz de a percorrer na posição vertical sem perigo ou insegurança. Em termos de recursos materiais, a piscina está dotada de vários materiais e equipamentos de apoio às aulas como colchões de vários tamanhos e formas, rolos de espuma, pranchas, pesos, argolas, arcos, bolas, entre outros (Câmara Municipal de Lisboa, 2012).

Além das atividades na água, os balneários dão a oportunidade aos clientes para trabalharem a autonomia na higiene, cuidado e arranjo pessoal (CERCILisboa, 2011a). A equipa que desenvolve as atividades em meio aquático no complexo desportivo é constituída por duas Técnicas Superiores de Educação Especial e Reabilitação, uma Terapeuta Ocupacional e cinco auxiliares pedagógicas.

Após a apresentação da instituição e infraestruturas, dada a heterogeneidade da população à qual a CERCILisboa presta os seus serviços e apoios, é objetivo no próximo capítulo apresentar e descrever os diagnósticos e características dos clientes com quem a estagiária desenvolveu a sua intervenção.

## **1.2. Caracterização da População-Alvo**

O CTVAA constitui a principal infraestrutura da CERCILisboa, onde é possível encontrar um dos seus Centros de Atividades Ocupacionais (CAO). Este CAO dá resposta, essencialmente, a jovens e adultos com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais (DID) e multideficiência, onde são apoiados 105 clientes, 60 dos quais do género masculino e 45 do género feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 54 anos.

A DID constitui o principal diagnóstico presente na CERCILisboa, estando, naturalmente, alguns casos associados a outro diagnóstico, verificando-se casos de duplo diagnóstico ou diagnóstico dual. Assim, a presença de comorbilidades nestas dificuldades é comum, verificando-se, maioritariamente no CTVAA, a Trissomia 21, a paralisia cerebral, problemas comportamentais, problemas de saúde mental e, consequentemente, a multideficiência.

Desta forma, é apresentada, seguidamente, uma breve revisão da literatura sobre os principais diagnósticos que, foram alvo de apoio por parte da estagiária durante este ano letivo.

### **1.2.1. Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID)**

O conceito de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID) sofreu, ao longo das últimas décadas, a nível científico e prático, uma mudança de paradigma significativa, tendo como principal objetivo a clarificação das necessidades e potencialidades reais das pessoas que apresentam características distintas, quando comparadas com os padrões normativos existentes (Santos & Morato, 2012a).

Desta forma, segundo Schalock et al. (2007a, 2007b, 2010), a renomeação do antigo conceito “Deficiência Mental” (DM) para o atual “Intellectual and Developmental Disability” traduzido por “Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental” (Morato & Santos, 2007; Santos & Morato, 2012b), em inglês e português, respetivamente, surge da necessidade de diminuir a estigmatização e preconceito pelas pessoas com dificuldades e, pela criação de um conceito universal que retrate o espectro de características e capacidades desta população.

Além destes objetivos, a aceitação de uma nova terminologia, com todas as mudanças que implica, permite alcançar um maior equilíbrio entre as conceções biopsicossociais atuais vigentes (Morato & Santos, 2007) e, a forma de estar e de intervir no diagnóstico em análise (Santos & Morato, 2012a). Isto significa que, tais perspetivas, baseadas nas necessidades das pessoas e não apenas nos seus défices intelectuais e sociais, bem como, na aplicação de novos sistemas de avaliação e intervenção através dos apoios a prestar, contribui positivamente para a planificação e implementação de intervenções mais pertinentes, individualizadas e eficazes ao longo do ciclo de vida individual (Santos & Morato, 2012a).

De um modo geral, as mudanças implicadas nesta área promovem a interação dos vários contextos intervenientes nos processos de avaliação e intervenção, tais como a saúde, educação, segurança social, reabilitação e terapias sendo, atualmente, cada vez mais pertinente a implementação de processos contextualizados, menos estigmatizantes e mais funcionais, que tenham como ponto de partida as características intraindividuais e contextuais da pessoa com DID (Santos & Morato, 2012a).

A nível conceptual, esta alteração surge em virtude da assunção de que o termo “deficiência” não se adequa ao contexto biopsicossocial atual, possuindo uma conotação negativa e que desvaloriza as capacidades adaptativas da pessoa com DID, com diferentes necessidades de apoio (Morato & Santos, 2007). Deste modo, o termo “dificuldade” é entendido como um termo mais claro e que resulta da interação dinâmica estabelecida entre o sujeito e o seu envolvimento, bem como do tipo de apoios necessários na prática dos diferentes papéis sociais e, não só através de características intelectuais estanques, medidas através do Quociente de Inteligência (QI) (Morato & Santos, 2007; Santos & Morato, 2012b). A pessoa com dificuldades não deve ser analisada isoladamente mas sim, em conjunto com a avaliação da sua relação com o contexto e as suas capacidades de resposta práticas, sociais e conceptuais, perante as exigências temporais e espaciais do envolvimento (Schalock et al., 2010). Para estes autores, tais habilidades representam o domínio adaptativo da nova nomenclatura, permitindo a análise do ajustamento social e adaptação do comportamento, inerente ao desenvolvimento humano.

Por outro lado, uma vez que a avaliação das DID incide sobre os fatores intelectuais (e.g.: verbal, numérico, espacial), subjacentes ao constructo do funcionamento da inteligência, mais analítico que o constructo da mente, que é notoriamente mais global e pouco claro, também o termo “Mental” foi modificado. Os termos intelectual e mental são distintos quer no seu constructo quer na sua aplicação, ou seja, o primeiro é passível da medida de QI e, o outro é mais abrangente em termos funcionais por se relacionar com a dinâmica das dimensões orgânica, neurofisiológica, bioquímica. Por isto, considera-se o termo intelectual mais apropriado



à classificação das características apresentadas pelas pessoas com DID (Schalock et al., 2007a; Schalock et al., 2010).

Além disso, Santos e Morato (2012b) consideram ainda o termo “desenvolvimental” por admitir-se a interação do indivíduo com o envolvimento e que, a sua participação não é estanque, adaptando-se de acordo com a sua diversidade contextual. Desta forma, consideram-se termos menos estigmatizantes com um carácter de possibilidade de recuperabilidade, através dos apoios corretos, em detrimento da utilização de palavras mais rotulativas e estigmatizantes como “incapacidade” (Santos & Morato, 2012a).

O termo funcionalidade é, a partir desta conceção, a palavra-chave no campo da intervenção “em populações especiais”, onde o foco do diagnóstico é redirecionado, à luz das recentes investigações, para a qualidade da interação dinâmica e de participação nas atividades expectáveis para qualquer cidadão da comunidade onde se insere, transpondo para segundo plano a questão de se centrar exclusivamente no problema da pessoa (Santos & Morato, 2012a).

Assim sendo, a atual definição de DID reflete a mudança do constructo proposta pela American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e, considera, em conjunto, a determinação das dificuldades intelectuais, medidas ao nível do funcionamento intelectual (QI) (limitações significativas quando o valor de QI se encontra dois desvios-padrão abaixo da média –  $QI < 70/75$ ) e os comportamentos adaptativos (CA) demonstrados por cada indivíduo (quando a sua avaliação revela resultados dois desvios-padrão abaixo da média). A DID é então compreendida como um “funcionamento geral resultante da existência de limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, que se expressam nos domínios conceptual, social e prático, sendo este diagnóstico realizado antes dos 18 anos de idade” (Schalock et al., 2007b, p.118; Schalock et al., 2010, p.6).

Por tudo isto, tal como é apresentado por Lambert, Nihira e Leland (1993), o CA constitui um fator determinante no diagnóstico da DID e é definido como o constructo desenvolvimental descritivo da forma como um indivíduo defronta as exigências contextuais nas diferentes situações diárias, desempenhando um papel preponderante na sua integração e vivência diária com todos. Na sua conceção, incluem-se três componentes essenciais: funcionamento independente e autonomia; responsabilidade pessoal e, responsabilidade social do indivíduo.

Concretamente em Portugal, os autores Santos e Morato (2012b) contribuíram para a clarificação do conceito de CA que, espelha a necessidade de analisar a eficiência individual do sujeito, influenciada pelo envolvimento a vários níveis. O conceito de CA vai ao encontro do grau de independência pessoal que o indivíduo possui e, que lhe permite manter uma relação equilibrada entre as suas expectativas e responsabilidades sociais e o escalão etário e cultural em que se encontra. Deste modo, o CA é definido pelo “conjunto de habilidades aprendidas ou adquiridas para desempenhar com sucesso aspetos e tarefas, no âmbito da independência, responsabilidade pessoal e social, que através de ajustamentos vários procura a adaptação às expectativas socioculturais e etárias vigentes e que implicam o assumir do papel de membro ativo na comunidade onde o indivíduo se insere” (Santos & Morato, 2012b, p.28).

No que concerne ao diagnóstico da DID, da mesma forma que é proposta uma mudança conceptual da sua classificação, impõe-se, igualmente, a necessidade de implementar a aplicação de uma avaliação global e que pressupõe os seguintes aspetos essenciais (Luckasson et al., 2002; Luckasson & Schalock, 2012; Schalock et al., 2007b; 2010):

1. A DID é caracterizada em conjunto tanto pelas dificuldades do funcionamento intelectual bem como do comportamento adaptativo;
2. As limitações observadas no funcionamento atual devem ser encaradas no âmbito do contexto em que o indivíduo se insere, nomeadamente em função da expectativa sociocultural dessa comunidade, para a idade dos pares;
3. Uma avaliação válida deve contemplar a diversidade cultural e linguística, bem como as diferenças ao nível da comunicação e dos aspetos sensoriais, motores, comportamentais e adaptativos;
4. Cada ser humano assume-se não só pelas suas limitações, mas principalmente pelas suas capacidades, sendo necessário considerar que todas as pessoas têm áreas fortes e áreas em que precisam de apoio – coexistência de áreas fracas e fortes;
5. O objetivo da descrição das limitações da pessoa com DID consiste em desenvolver um plano de intervenção individualizado de apoios necessários, ou seja, o diagnóstico só é relevante se resultar em apoios que melhorem a sua qualidade de vida; e
6. Se forem prestados os apoios individualizados adequados durante um determinado período de tempo, o funcionamento individual de uma pessoa com DID, melhorará de forma generalizada.

Baseados no novo paradigma, surge, de igual forma, um novo Sistema de Classificação onde se passa de uma classificação mediada apenas pelo nível de défices (ligeira, moderada ou severa), para uma na qual se eleva a importância da necessidade e tipo de apoios que a pessoa (com DID) realmente precisa, a fim de participar, adaptar-se e desenvolver-se, em todos os contextos nos quais está inserida (Thompson et al., 2004; 2009). Consequentemente, para Thompson et al. (2004; 2009) o diagnóstico da pessoa com DID abrange as seguintes formas de classificação, por necessidade de apoio:

- **Apoios Intermitentes:** constituídos por uma necessidade de apoios casuais, disponibilizados em ocasiões nas quais são realmente necessárias ou etapas de transição no ciclo de vida da pessoa, podendo ser de alta ou baixa intensidade;
- **Apoios Limitados:** englobam apoios persistentes mas limitados, relacionados com necessidades que exijam uma assistência temporal de curta duração; pode exigir um menor número de intervenientes e menores custos financeiros, do que os níveis mais intensos de apoio;
- **Apoios Extensivos:** implementados através de apoios regulares e periódicos (e.g. diariamente ou semanalmente), num determinado ambiente ou contexto (escola, trabalho ou casa), sem limites temporais; e ainda,
- **Apoios Permanentes:** que constituem um conjunto de apoios constantes e persistentes, de elevada intensidade, disponibilizados nos vários ambientes que envolvem o indivíduo e que poderão estar presentes durante toda a sua vida.

Os mesmos autores (Thompson et al, 2009) ressaltam que, nas populações com DID os tipos e a intensidade dos apoios necessários variam consoante as características e as necessidades individuais, objetivando-se aumentar a sua participação nas atividades típicas de vida diária.

Assim sendo, segundo Schalock et al. (2010), a aplicação de programas de intervenção ou de planos habilitativos, que englobem a atuação de vários intervenientes, profissionais ou inseridos nos contextos do indivíduo, torna-se preponderante para o crescimento da pessoa com DID e, a sua adaptação social. A implementação destes planos deverá passar, em primeiro lugar, pela identificação e análise das experiências e objetivos de vida individuais e, em segundo lugar, pelo levantamento das necessidades e tipos de apoio emergentes e, de que forma cada um deles poderá ser aplicado e desenvolvido, aumentando a qualidade de vida e desenvolvimento individual da pessoa com DID.

Este novo modelo de intervenção baseia-se, de certo modo, na interação entre a funcionalidade da pessoa (com DID) e o tipo, quantidade e qualidade de apoios disponibilizados para que todo o processo de adaptação e funcionalidade seja maximizado (Santos & Morato, 2012b), refletindo a partilha de responsabilidade entre a pessoa com dificuldades, os contextos e os intervenientes no seu processo habilitativo. De um modo geral, tal como é perspetivado pela nova conceção terminológica, encara-se a pessoa numa perspetiva ecológica e positivista de desenvolvimento, admitindo a evolução e adaptação, através da implementação de apoios precoces, dirigidos e adequados ao indivíduo (Thompson et al, 2009).

Assim sendo, os apoios necessários para o desenvolvimento global do indivíduo com DID assumem-se como os principais elementos da intervenção e do diagnóstico. Estes apoios representam todos os “recursos ou estratégias existentes e que têm como objetivo promover o desenvolvimento, educação, interesse e bem-estar pessoal e aumentar o funcionamento individual” (Schalock et al., 2010 p.105; Thompson et al., 2004).

Após esta breve introdução acerca do conceito e terminologia da DID, serão abordados, seguidamente, os temas relacionados com a etiologia e a caracterização global, por domínios, da população com DID.

### **Etiologia e fatores causais das Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais**

Torna-se importante a compreensão de qual a origem das características presentes na DID, a fim de permitir uma referenciação e sinalização dos apoios cada vez mais dirigidos às características de cada indivíduo, o mais precocemente possível. Obter este conhecimento permite também desenvolver programas de prevenção e intervenção mais eficazes e, que permitam minimizar significativamente as principais dificuldades sentidas pela pessoa com DID (Schalock et al., 2007b, 2010).

Consecutivamente, como referem Schalock et al. (2007b, 2010), verifica-se que a natureza das características e dificuldades se move sobre um modelo multifatorial, podendo ser analisada de acordo com quatro grupos principais de fatores causais, já identificados: 1) os **Fatores Biomédicos**, que se relacionam com problemáticas ao nível dos processos biológicos do organismo, tais como a má nutrição, desordens genéticas, prematuridade, encefalites, doenças degenerativas; 2) **Fatores Sociais** que derivam principalmente das dificuldades de interação social e familiar, através das componentes de responsabilidade, capacidade de reposta e estimulação por parte dos adultos, falta de recursos económicos, violência doméstica, falta de cuidados pessoais e de higiene, institucionalização; 3) **Fatores Comportamentais** evidenciados mediante comportamentos nocivos ou negativos apresentados por parte dos pais ou outros adultos presentes na vida da criança (comportamentos como abuso de substâncias pelos pais, abusos físicos e psicológicos, entre outros) e, por último 4) por **Fatores Educativos ou Culturais** relativos à viabilidade dos apoios educativos que promovam o desenvolvimento do comportamento adaptativo. Todos estes possíveis fatores causais para o surgimento das características da DID interagem ao longo do tempo, podendo originar-se antes, durante ou após o nascimento da criança, ou seja, nas fases pré-natal, perinatal e pós-natal, respetivamente (Schalock et al, 2007b).

Expostas as principais causas reconhecidas das DID, serão apresentadas, seguidamente, as principais características da DID permitindo, posteriormente, fazer uma correlação com os clientes do CTVAA a quem a estagiária prestou apoio.

### **Caracterização da pessoa com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais**

A população com DID apresenta um espetro muito variado de características que podem ou não estar presentes em todos os casos clínicos, devido, essencialmente, à heterogeneidade de comorbilidades e diagnósticos representativos e presentes nesta população. No entanto, é possível aferir e identificar, na maioria dos casos com DID,

algumas características representativas e passíveis de generalização, por domínios do desenvolvimento (Santos & Morato, 2007).

Desta forma, no que concerne às **competências cognitivas** são visíveis défices acentuados nos domínios da atenção, concentração e memória, revelando-se, a nível prático, em: dificuldades em dirigir e manter a atenção para um determinado estímulo, distraíndo-se facilmente da tarefa a realizar; em armazenar e recuperar informações retidas anteriormente; em organizar os pensamentos, ideias e raciocínios; limitações na capacidade simbólica, de representação e abstração; dificuldades na sequencialização do processamento da informação e, na resolução de problemas (Fonseca, 1995, 2001; Santos & Morato, 2002; Atwell, Conners & Merrill, 2003).

Além destes aspetos, também a linguagem recetiva e expressiva se encontra com limitações, mais ao nível da comunicação verbal, quando comparada à não-verbal. O discurso é, habitualmente, desorganizado traduzindo-se, por ecolálias, estereotípias e dificuldades na articulação, fonologia e imitação vocal, tornando, consecutivamente, por vezes difícil a perceção e compreensão das necessidades da pessoa com DID, por parte dos outros (Fonseca, 1995, 2001).

Mais ainda, importa apresentar, dentro do domínio cognitivo, as dificuldades observadas nos processos de aprendizagem de diversas atividades da vida diária e autocuidado e manutenção independente das necessidades básicas e, por outro lado, na aprendizagem escolar de conteúdos académicos, carecendo de apoio para as suas necessidades educativas especiais e, evidenciadas através de dificuldades na leitura, escrita e cálculo. De um modo geral, verificam-se dificuldades no raciocínio lógico e prático, na memória, atenção, abstração, resolução de problemas, tomada de decisão, dificuldade na generalização e compreensão de relações causa-efeito e comunicação (Fonseca, 1995, 2001).

Relativamente à caracterização dos **domínios motor e psicomotor**, são identificadas várias limitações que, afetam o desenvolvimento global da população com DID. Assim, mesmo que o desenvolvimento físico de cada pessoa seja único e próprio observa-se, nesta população, um desfasamento entre o desenvolvimento cognitivo e o desenvolvimento das performances motoras e psicomotoras (Fonseca, 1995).

Neste domínio são apresentadas limitações ao nível da integração sensorial e do processamento cognitivo, levando a que as respostas motoras e de expressão corporal sejam, conseqüentemente, mais lentas e desorganizadas, reduzindo o grau de concretização deste tipo de tarefas (Santos e Morato, 2012c).

De acordo com o apresentado por Fonseca (1995), toda a pirâmide e hierarquia de fatores psicomotores se encontra afetada, desde o fator tonicidade até às praxias. Nesta população são visíveis dificuldades em termos de processamento da informação mas também, uma menor precisão e organização das ações motoras, acentuando a presença de problemas de expressão, verificados através de dismetrias, dissincronias e dispraxias. Em consequência, a pessoa com DID apresenta um desfasamento em termos de ativação e interação das componentes da inteligência, ou seja, nos processos de identificação, seleção, organização, estratégias de resolução, representação mental da informação, focagem da atenção, memorização, monitorização da solução e integração de feedbacks, encontrando-se a dinâmica de input-elaboração-output comprometida (Fonseca, 1995).

Santos e Morato (2007) acrescentam ainda, a partir dos resultados obtidos durante a aplicação da Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa, que se verificam diferenças significativas no desenvolvimento psicomotor entre indivíduos com e sem DID, i.e., a população com dificuldades apresenta um nível de desempenho psicomotor significativamente inferior aos seus pares “típicos”. Assim, é possível concluir que existe uma relação entre as dificuldades psicomotoras e o grau

de dificuldades apresentadas nos diferentes domínios do comportamento adaptativo, aspeto muitas vezes justificado pela coexistência de outras condições associadas, destacando-se a deficiência motora, com maiores repercussões nas dificuldades de coordenação óculo-manual e podal, noção do corpo, lateralidade, manipulação de objetos, coordenação global de movimentos e equilíbrio.

Para Fonseca (1995), e citando vários autores, a nível funcional, estes aspetos do desenvolvimento refletem-se através de hipotonia, hipertonia e paratonias (Dupré, 1925), distonias e disquinésias (Picq & Vayer, 1960), sincinésias, distaxias e dissenergias posturais, dificuldades no equilíbrio estático e dinâmico, e processamento tátil e quinestésico, dificuldade ao nível da estruturação espacial e temporal e sua interação nas ações (Guilman, 1935), representação dissomatognósica, imperícia (Wallon, 1925) e, dificuldades na planificação da ação (Ajuriaguerra, 1974).

Por outro lado, no que diz respeito ao **domínio comportamental e socialização** são apresentadas várias dificuldades que, em conjunto diminuem a intensidade das suas relações sociais e familiares e, a forma como atuam nos diferentes contextos. Genericamente, as principais dificuldades estão presentes na aquisição e retenção das regras sociais, na capacidade de iniciativa e responsividade social, interação com os pares, reconhecimento de expressões faciais, revelando tendência para a passividade, isolamento e apatia e dificuldades em estabelecer relações entre pares e vínculos afetivos saudáveis (Fonseca, 1995; Burack, Hodapp & Zigler, 1998).

Para além destes aspetos, ao apresentarem menores competências de autonomia, de realização de funções sociais e de autoconceito, aumentam significativamente os sentimentos de desmotivação, desinvestimento emocional e físico e desistência imediata face às dificuldades que vão surgindo. Assim sendo, a instabilidade emocional, os problemas de inibição de comportamentos desajustados e desadaptativos e de autorregulação (comportamentos impulsivos; alterações na regulação da atenção) e, a baixa tolerância à frustração são outros aspetos bastante evidenciados nesta população (Santos & Morato, 2002; Fonseca, 1995; Burack, Hodapp & Zigler, 1998).

De um modo geral, a pessoa com DID apresenta comportamentos menos adaptativos ao nível do desempenho de tarefas do quotidiano, nos relacionamentos sociais e vínculos afetivos e na autonomia e funcionalidade nas ações motoras, evidenciados através de dificuldades nos domínios: cognitivo, social e psicomotor. Tal pode indicar que, o desfaseamento no desenvolvimento global da criança com DID evidencia, na idade adulta, dificuldades de adaptação e atuação social e pessoal (Burack, Hodapp & Zigler, 1998; Hogg & Raynes, 1987).

A existência de dificuldades ao nível das competências sociais, nos indivíduos com DID, tornou o seu diagnóstico mais completo e complexo, envolvendo para além da análise do QI, a avaliação das capacidades adaptativas, derivadas da interação entre a pessoa, o envolvimento e as suas competências psicomotoras, comportamentais e de socialização (Hogg & Raynes, 1987).

Por último, importa salientar a prevalência significativa, nesta população, de sintomas e problemáticas do âmbito da saúde mental e noutros domínios, apresentando-se no próximo tópico quais as principais comorbilidades presentes nos indivíduos com DID.

### **Duplo diagnóstico nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais**

Schalock et al. (2010) consideram um modelo multidisciplinar que envolve todas as interações e fatores desenvolvimentais do indivíduo (com e sem DID). Dentro das DID existe uma diversidade grande de casos, resultando desta forma, numa caracterização abrangente em termos de sintomas e necessidades. Através do que é apresentado na literatura atual, uma das principais razões, para que esta população

seja tão diversificada são as alterações genéticas que, invariavelmente se caracterizam pela existência de DID, sendo as mais comuns a Trissomia 21 (T21), Síndrome Prader-Willi/Angelman, Síndrome X Frágil, entre outras. Além destas, verifica-se a ocorrência de lesões congénitas ou adquiridas, sem causa específica, e várias outras situações geralmente associadas, tais como, Deficiência Motora, Perturbações do Espetro do Autismo, hiperatividade, epilepsia, lesões cerebrais específicas, excesso de peso, hiperfagia, comportamentos estereotipados e repetitivos, problemas do sono, poliembolocoilamania, demência, automutilações e, problemas de saúde mental (Jacobson, Mullick & Rojahn, 2007).

Na população com DID, um dos fatores que aparenta chamar a atenção dos cuidadores para a possibilidade de um problema psicopatológico é a presença de problemas de comportamento e sintomas característicos de algumas psicopatologias, altamente evidenciados nesta população (Moss, Bouras & Holt, 2000; Matson, Fodstad, Neal, Dempsey & Rivet, 2010).

Por um lado, no que diz respeito aos comportamentos desajustados, os autores Horovitz, Matson, Sipes, Shoemaker, Belva e Bambang (2011) consideram que a sua prevalência nesta população é significativa, observada através das dificuldades ao nível do comportamento adaptativo. Nas DID com maiores necessidades de apoio, verifica-se uma maior existência de comportamentos desviantes e desafiantes, principalmente por parte daqueles que estão institucionalizados. Já nos sujeitos com DID com menor necessidade de apoios tais comportamentos não se verificam tanto, sendo quase inexistentes. Tal facto vem realçar a necessidade de atuação nas DID, não só tendo em conta o QI mas também o ajustamento dos comportamentos sociais a fim de, serem mais bem integrados no seu meio envolvente (Schalock et al., 2010).

Por outro, relativamente aos problemas de saúde mental, os autores Hove e Havik (2010) sugerem que as pessoas com DID estão mais vulneráveis ao desenvolvimento de uma perturbação mental, comparativamente às pessoas sem DID, considerando que a influência de fatores como anomalias genéticas, rejeição parental, institucionalização, estigma social, dificuldades na resolução de problemas, comunicação verbal e dificuldades nos relacionamentos interpessoais, é significativa.

As dificuldades do âmbito da saúde mental são aquelas que se observam na maioria dos casos, de várias formas e com diferentes sintomas, através do diagnóstico marcado de algumas psicopatologias. Os principais sintomas presentes são os que caracterizam a depressão, ansiedade generalizada e esquizofrenia (Welch, Lawrie, Muir & Johnstone, 2011). Estes autores indicam que existe uma grande prevalência de alguns tipos de esquizofrenia nas populações com DID. Tal não é identificado como uma regra ou sintomas que ocorrem obrigatoriamente, no entanto, dependendo do tipo de estimulação precoce existente e do contexto em que a pessoa com DID se insere, isso pode ocorrer e deve ser prevenido, durante o estabelecimento de sistema de apoio e da intervenção ao nível dos comportamentos adaptativos.

Contudo, tal como é referido por Szymanski (1994 cit. in Morato & Santos, 1999), no diagnóstico em psiquiatria, é considerado, em conjunto, a avaliação de processos emocionais, psicológicos e afetivos, através da comunicação direta, o que na DID, poderá ser dificultado devido às limitações nas competências linguísticas, bem como, nas dificuldades no processamento cognitivo necessárias ao desenvolvimento do pensamento conceptual, apresentadas por esta população. Todavia, como é sabido atualmente, estas comorbilidades são observadas nas DID, derivando, em alguns casos em diagnósticos duplos ou duais, e não devem ser desconsideradas (Levitan & Reiss, 1983 cit. in Moss, Bouras & Holt, 2000).

Desta forma, o diagnóstico dual consiste na prevalência simultânea de DID e psicopatologias. Atualmente, a prevalência destes dois diagnósticos nesta população é significativa, revelando-se a necessidade de intervir nas várias problemáticas

presentes na pessoa, centrando-se, no entanto, na sua globalidade (Werner & Stawski, 2012; Ryan, Woodyatt & Copeland, 2010).

Neste sentido, salienta-se a necessidade de se investir em iniciativas de formação, com vista à especialização dos profissionais, não apenas para a identificação de perturbação mental, como também na tomada de decisões informadas, para a realização de uma intervenção multifatorial. Esta intervenção deve basear-se numa abordagem integrativa, mediada por uma equipa multidisciplinar, em colaboração total com os familiares, promovendo-se a participação na comunidade e a melhoria da qualidade de vida da pessoa com DID (Morato & Silva, 1999). Estes autores sugerem que, em termos terapêuticos, se deva explorar a psicoterapia, privilegiando-se os aspetos do comportamento em diferentes situações, como também a interpretação da linguagem corporal, uma vez que a linguagem verbal e o pensamento conceptual se encontram comprometidos. Esta ideologia de intervenção vai também ao encontro daquilo que é referido acima, acerca da perspetiva atual de intervenção nas DID (Schalock et al., 2010).

No entanto, devido à etiologia dos sintomas característicos de perturbações mentais, muitas vezes deve ser implementado um tratamento farmacológico. Ao serem apresentadas, nesta população, dificuldades emocionais e comportamentais, revelou-se necessário intervir em concomitância com a administração de psicofármacos. Tais, psicofármacos assentam sobre sintomas como a agitação, ansiedade e depressão, mas não sobre o diagnóstico do quadro conjunto, e têm, como objetivo proporcionar alterações comportamentais, cognitivas e emocionais, sendo classificados como tranquilizantes, hipnóticos, antidepressivos, excitantes do sistema nervoso central e antiepiléticos (Matson et al., 2010).

Todavia, Matson et al. (2010) reportam para o surgimento de efeitos negativos a longo prazo da administração destas medicações. Isto porque, ao não ser realizada uma intervenção multifatorial, envolvendo várias terapias, que não apenas a terapia farmacológica, esta medicação não irá incidir sobre a globalidade do indivíduo mas apenas, em determinados sintomas ou comportamentos, revelando-se ineficaz a longo prazo. Os autores chamam a atenção para o surgimento de Disquinesia Tardia revelada pela toma prolongada de medicamentos neuroepiléticos, bastante prevalente em pessoas com DID.

O tratamento psicofarmacológico consiste numa temática obrigatória, na intervenção no duplo diagnóstico, contudo mantém-se ainda controversa. Apesar de dever ser aplicado nestes casos, este tratamento deve incidir também sobre a modificação do comportamento e não apenas na sua inibição através de psicofármacos (Morato & Silva, 1999; Matson et al., 2010).

Após esta análise detalhada das características encontradas na população com DID, importa fazer uma correlação com as que são visíveis nos clientes da CERCILisboa, a fim de tornar possível a implementação de programas de intervenção dirigidos às suas necessidades e potenciais. De um modo geral, todas as características acima apresentadas estão presentes nos grupos de apoio da estagiária. Em todos os domínios do desenvolvimento humano (motor, psicomotor, cognitivo, social e comportamental), existem dificuldades observáveis nestes clientes, as quais, aquando da realização de programas terapêuticos, devem ser tidas em conta para a planificação de estratégias a aplicar, atividades a implementar e tempos de concretização dos objetivos propostos.

De um modo geral, ao nível do domínio cognitivo, observa-se a prevalência de défices notórios nos domínios da atenção, concentração e memória; na organização de pensamentos, ideias e raciocínios; limitações na capacidade simbólica, de representação, abstração e generalização; dificuldades na sequencialização do processamento da informação e, na resolução de problemas; na comunicação verbal,

revelando-se em discursos desorganizados que se traduzem, em alguns por ecolálias, estereotípias e dificuldades na articulação, fonologia e imitação vocal. Por outro lado, são visíveis dificuldades nos processos de aprendizagem de diversas atividades da vida diária e autocuidado e, na manutenção independente das necessidades básicas, bem como, na aprendizagem escolar de conteúdos académicos, evidenciando-se em dificuldades na leitura, escrita e cálculo.

Relativamente ao domínio psicomotor verifica-se o predomínio, nos clientes apoiados, de limitações da integração sensorial e processamento cognitivo, que se revelam em respostas motoras e expressivas lentas e desorganizadas, diminuindo o grau de concretização das tarefas, verificado através de dismetrias, dissincronias e dispraxias; de dificuldades nos processos de identificação, seleção, organização, estratégias de resolução, monitorização de soluções e, integração de feedbacks; dificuldades de coordenação óculo-manual e podal, noção corporal, definição da lateralidade, manipulação de objetos, coordenação global de movimentos e equilíbrio estático e dinâmico; défices no controlo postural e locomoção; distonias e disquinésias, sincinésias, processamento tátil e quinesésico, dificuldade ao nível da estruturação espacial e temporal, representação dissomatognósica, imperícia e dificuldades na planificação da ação.

A nível comportamental e de socialização evidenciam-se dificuldades que, diminuem a intensidade das relações sociais e familiares e, a forma como atuam nos diferentes contextos. Entre elas encontramos défices na aquisição e retenção de regras sociais, na capacidade de iniciativa e responsividade social; interação com os pares; reconhecimento de expressões faciais; tendência para a passividade, isolamento e apatia ou, em contrapartida, por comportamentos agressivos com o material, técnicas e colegas, de carácter verbal e, com menor intensidade de carácter físico; menores competências de autonomia, de realização de funções sociais e de autoconceito; sentimentos de desmotivação, desinvestimento emocional e físico e desistência imediata face às dificuldades que vão surgindo. Mais ainda, são reveladas características de instabilidade emocional, problemas de inibição de comportamentos desajustados e desadaptativos e de autorregulação, baixa tolerância à frustração e posturas desacordantes com os objetivos pretendidos e atividades em curso.

Por outro lado, importa referir, além das características apresentadas nestes domínios, a prevalência de sintomas psicopatológicos, tais como: comportamentos desafiantes, agressivos, externalizantes; comportamentos internalizantes de inibição e passividade e sintomas depressivos e de ansiedade. Alguns dos clientes apoiados tomam a medicação apresentada anteriormente.

Posteriormente à exposição das características presentes na população apoiada pela intervenção da estagiária apresenta-se, em seguida, alguns dos diagnósticos presentes nos grupos de intervenção.

### **1.2.2. Trissomia 21**

O diagnóstico de Trissomia 21 (T21) também está presente nos grupos de intervenção aos quais a estagiária dá apoio terapêutico direto, constituindo uma das populações onde a dificuldade intelectual constitui a principal característica de diagnóstico (Abbeduto et al, 2003; Roberts, Price & Malkin, 2007).

A Trissomia 21 resulta da presença de um cromossoma adicional no par de cromossomas número 21, surgindo em cada 1 de 700 nascimentos, sendo uma das principais causas das dificuldades intelectuais, originando, principalmente, alterações significativas ao nível do desenvolvimento global e, na realização das atividades diárias (Gardiner et al., 2010; Mégarbané et al., 2009;).

No que diz respeito à etiologia da T21 considera-se que a idade avançada da progenitora, durante a gestação da criança, aumenta a probabilidade da ocorrência da



trissomia, e a codificação genética semelhante dos pais (i.e., consanguinidade), também aumenta a probabilidade de ocorrer esta triplicação (Mégarbané et al., 2009).

Relativamente à caracterização da cromossomopatia, esta pode ser identificada através da translocação ou mosaicismo. A translocação caracteriza-se pela deslocação de uma parte do cromossoma 21 para outro, sendo a mais comum a transferência entre os pares 14 e o 21. Já o mosaicismo ocorre através da não disjunção dos cromossomas, em fases iniciais do desenvolvimento embrionário (Hultén et al., 2008). De acordo com os mesmos autores, uma das conceções explicativas da presença da T21 relaciona-se com a existência de uma cópia em excesso de genes do cromossoma, que justificam e fazem evidenciar um determinado fenótipo, característico dos indivíduos com T21 e, outra teoria refere que, a presença de genes a mais aumenta a expressão de outros genes ou nucleótidos. De um modo global, a presença de determinados genes em demasia, impulsiona a codificação de outros genes, no mesmo cromossoma mas em vários tipos de tecidos, aumentando a variabilidade de características genéticas e fenóticas da população com esta cromossomopatia (Mégarbané et al., 2009; Gardiner et al., 2010).

A partir da compreensão da sua etiologia, importa salientar que, o fenótipo falado ao longo da análise da T21 engloba o conjunto de parâmetros mensuráveis que caracterizam determinada população, incluindo características clínicas, físicas, genéticas e psicológicas (Korenberg et al., 1994). Assim sendo, a triplicação de determinado material genético, irá revelar-se no aumento da variabilidade de características globais, que descrevem os indivíduos com T21 (Mégarbané et al., 2009; Gardiner et al., 2010).

De entre as manifestações fenóticas da T21, evidenciam-se, na maioria dos indivíduos, a braquicefalia, caracterizada pelo diâmetro fronto-occipital reduzido, encurtamento dos dedos da mão (braquidactília), fissuras palpebrais com inclinação superior, pregas epicânticas, base nasal achatada, hipoplasia da região mediana da face e hipotonia dos músculos da boca, mantendo regularmente a boca aberta e a língua de fora. Para além das características faciais, observa-se a existência de um pescoço curto, clinodactilia do quinto dedo das mãos, distancia aumentada entre o 1º e 2º dedo dos pés, atresia intestinal, baixa estatura e, apresentam hipotonia muscular generalizada (Reeves, Baxter & Richtsmeier, 2001; Fidler, 2005; Roizen & Patterson, 2003).

Atualmente são cada vez mais os estudos que têm reforçado a coexistência de vários problemas de saúde que se manifestam com regularidade e, podem prejudicar a qualidade de vida destes indivíduos (Fidler, 2005; Lott, 2012; Lott et al., 2011; Reeves, Baxter & Richtsmeier, 2001; Roizen & Patterson, 2003). Desta forma, de entre os problemas clínicos que normalmente mais surgem, importa referenciar os problemas de obesidade e excesso de peso, problemas relacionados com a saúde dentária, doença celíaca, dificuldades de funcionamento da tiroide, artrites, subluxação atlantoaxial, aparecimento de diabetes melitos, apneia obstrutiva do sono, convulsões e problemas dermatológicos (Roizen & Patterson, 2003; Fidler, 2005; Reeves, Baxter & Richtsmeier, 2001). Por outro lado, outros estudos referem que a ocorrência de demência e doença de Alzheimer, está altamente relacionada com a presença desta trissomia (Lott et al., 2011; Reeves, Baxter & Richtsmeier, 2001; Lott, 2012). Deste modo, no trabalho e intervenção com esta população tais aspetos devem ser monitorizados, de forma a melhorar a sua qualidade de vida e, a não acentuar sintomas que possam ser prevenidos (Roizen & Patterson, 2003).

Passando agora à caracterização global da T21, no que concerne ao **domínio cognitivo** verifica-se a existência de défices ao nível da memória de trabalho verbal e na relação entre a linguagem expressiva e as respostas de aprendizagem. O desenvolvimento cognitivo da criança com T21 dá-se, tal como noutros domínios, da mesma forma que o padrão dos pares típicos. Contudo, durante a primeira infância, já

são verificadas dificuldades cognitivas, que se refletem na idade adulta em diferentes graus, dependendo de pessoa para pessoa (Lobaugh et al, 2001). Segundo alguns autores (Fidler, 2005; Roizen & Patterson, 2003), as habilidades cognitivas da pessoa com T21 podem ser estimuladas através da aplicação de programas de intervenção precoce e, melhoria dos estímulos ambientais, a fim de, aumentar as competências adaptativas, os processos de aprendizagem de atividades da vida diária, a promoção das suas interações sociais e, da autonomia na resolução de problemas.

Ao nível do desenvolvimento da linguagem e comunicação, o tipo mais afetado é a linguagem expressiva. De um modo geral, o quadro complexifica-se, na T21, uma vez que se observa instabilidade na produção vocal, uma organização gramatical pobre, verbalizações apenas do tipo funcional, quando adquiridas, hipotonia dos músculos da língua e, dificuldades significativas em expressar verbalmente o que é pretendido, observadas através de um discurso confuso e pouco perceptível. Os indivíduos com T21 possuem uma utilização funcional e prática da linguagem, compreendendo as regras utilizadas na comunicação verbal, no entanto, devido às dificuldades oromotoras presentes, a articulação das palavras e frases não é tão facilmente compreendida (Abbeduto et al, 2003; Roberts et al., 2007).

Relativamente ao domínio da **interação social e comportamental**, a maioria dos estudos aponta para que na T21 as competências sociais se encontrem melhoradas, dado tenderem a ser mais carinhosos, afetuosos e empáticos, desenvolvendo mais facilmente relacionamentos sociais com os outros. A maioria das crianças com T21 é capaz de estabelecer relações de amizade coesas e ricas, bem como trocas de experiências positivas, mantendo-as por um período de tempo alargado, apresentando respostas de carácter prosocial positivas em situações de stress simuladas, comparativamente a outras crianças com DID. Por outro lado, estas diferenças também se verificam ao nível dos sinais emocionais e afetividade. Sendo assim, observa-se que as crianças com T21 são descritas como pessoas afáveis, bem-dispostas, positivas e generosas, que são capazes de manter as suas relações de amizade, contudo, apresentam ainda, tal como na restante população com DID algumas dificuldades de interação social e, comportamentos desajustados e desadequados aos vários contextos (Fidler et al., 2008; Dykens, Shah, Sagun, Beck & King, 2002).

No que diz respeito às **características psicomotoras**, compreende-se que crianças com T21, entre os dez e os dezasseis anos, apresentam dificuldades motoras específicas, incluindo dificuldades em movimentos precisos das extremidades e dos dedos e também, défices a nível da motricidade global. Por outro lado, em contrapartida, noutros domínios tais como corrida em velocidade, agilidade e coordenação visuomotora, a performance motora destas crianças pode assemelhar-se à da média normalizada (Martínez & García, 2008).

Os indivíduos com T21 apresentam algumas especificidades cerebrais, músculo-esqueléticas e condições médicas associadas, já referidas em cima, que dificultam o bom desenvolvimento psicomotor. A nível cerebral foram observadas alterações que modificam a transmissão da informação, provocando maior lentidão na realização das ações motoras e tomada de decisões e, invariavelmente, alterações no processamento, interpretação e assimilação da informação e conceitos. Nas alterações músculo-esqueléticas, as características mais visíveis são a hipotonia muscular generalizada (baixo tônus muscular), baixa força muscular, pouca flexibilidade e amplitude articular e membros superiores e inferiores tendencialmente mais curtos que dão origem a dificuldades de coordenação motora global, marcha atípica, controlo postural desadequado, dissincronias e dispraxias (Martínez & García, 2008).

Além das características apresentadas, a pessoa com T21 demonstra dificuldades no equilíbrio dinâmico e estático, no processamento da informação

externa e interna, motricidade global e fina, controlo visual e na velocidade e eficácia das ações motoras (Martínez & García, 2008).

Após a reflexão das características encontradas na população com T21, importa fazer a relação entre estas e as que são visíveis nos clientes da CERCILisboa. Desta forma, nos grupos de intervenção aos quais a estagiária dá apoio direto, encontram-se três clientes com este diagnóstico.

As principais características notórias nestes elementos são défices ao nível da memória de trabalho verbal e, na relação entre a linguagem expressiva e as respostas de aprendizagem; dificuldades de atenção e concentração nas tarefas; instabilidade na produção vocal, uma organização gramatical pobre, verbalizações apenas do tipo funcional, hipotonia dos músculos da língua e, dificuldades significativas em expressar verbalmente o que é pretendido, verificado através de um discurso confuso e pouco perceptível. Os clientes apresentam uma utilização funcional e prática da linguagem, compreendendo as regras utilizadas na comunicação verbal, contudo, devido às dificuldades oromotoras presentes, a articulação das palavras por vezes é de difícil compreensão.

No domínio da interação social e comportamental, evidenciam-se relações sociais adequadas, respostas de caráter prosocial positivas em situações de stresse simuladas, comportamentos sexuais desajustados, mas não significativos e controláveis com apoio verbal moderado, passividade e, por vezes, baixa tolerância à frustração.

Relativamente às características motoras e psicomotoras, apresentam dificuldades em movimentos precisos das extremidades e dos dedos, bem como défices a nível da motricidade global; maior lentidão na realização das ações motoras e tomada de decisões, alterações no processamento, interpretação e assimilação da informação e conceitos; hipotonia muscular generalizada, baixa força muscular, pouca flexibilidade e amplitude articular e membros superiores e inferiores tendencialmente mais curtos, controlo postural desadequado, dissincronias e dispraxias. Mais ainda, observam-se dificuldades no equilíbrio dinâmico e estático, no processamento da informação externa e interna, motricidade global e fina, controlo visual e na velocidade e eficácia das ações motoras.

Além da Trissomia 21, verifica-se a presença, nos grupos de apoio de intervenção da estagiária, casos de paralisia cerebral, sendo esta descrita, em seguida.

### **1.2.3. Caracterização da Paralisia Cerebral**

A paralisia cerebral (PC) representa o conjunto de desordens não progressivas do desenvolvimento do movimento e da postura, ocorridas no período de gestação ou durante ou após o nascimento, causando limitações na atividade. Resulta, essencialmente, de lesões a nível cerebral que, dependendo do momento em que ocorrem, podem desenvolver limitações nos domínios sensorial, cognitivo, comunicacional, perceptivo, comportamental e/ou outros problemas musculares e esqueléticos (Bax, Goldstein, Rosenbaum, Leviton & Paneth, 2005; Surveillance of Cerebral Palsy in Europe, 2000).

A definição de paralisia cerebral ainda não é consensual, devido à diversidade de dificuldades, em vários domínios e, com diferentes graus de comprometimento visíveis (Bax et al., 2005). De um modo geral, o sistema de classificação desenvolvido para o diagnóstico de PC, engloba, tanto a caracterização de quais os membros afetados fisicamente no indivíduo, como também, o grau de tonicidade apresentado. Assim sendo, ao nível da tonicidade destaca-se a existência de quadros de hipertonidade e hipoextensibilidade (e.g. PC espástica); de hipotonidade (e.g., PC atáxica) e variações no tónus entre normal e alto (e.g., PC atetósica). Estas

perturbações da tonicidade conduzem a um descontrolo postural e dos movimentos, que resulta em situações diversas, tais como: desvio postural da cabeça, tensão cervical, boca aberta e dificuldades na produção de linguagem expressiva, torções do corpo e movimentos involuntários abruptos na fase inicial dos movimentos voluntários, com controlo tónico-emocional diminuído (Kriger, 2006).

Por outro lado, analisando o grau de comprometimento do movimento, este vai depender do local da lesão e funções das estruturas afetadas, resultando em quadros que divergem na gravidade e no tipo de comprometimento corporal. Deste modo, é possível distinguir os seguintes quadros de perda de funcionalidade dos membros: *monoplegia* – paralisia de um membro do corpo; *diplegia* – paralisia de dois membros do corpo; *hemiplegia* – paralisia em metade do corpo; *paraplegia* – paralisia dos membros inferiores; *tetraplegia* – paralisia dos membros superiores, do tronco e dos membros inferiores e, *amputação* – falta de um membro do corpo (OMS, 2009).

As principais limitações experienciadas por estas pessoas centram-se ao nível do desempenho motor, tais como o controlo motor, a força e a amplitude do movimento. De facto, muitos destes indivíduos apresentam um controlo neurológico atípico com sensações perçetivas comprometidas, promovendo uma desintegração sensorial, que interfere com a sua tonicidade e equilíbrio e, portanto, a postura (Vrijmoeth, Monbaliu, Lagast & Prinzie, 2011).

Como refere Kriger (2006), as dificuldades sentidas ao nível destes aspetos básicos do esquema psicomotor potenciam, concomitantemente, dificuldades na estruturação espaço-temporal e do esquema corporal, refletindo-se em condições de dismetria, dessincronia e dismelodia cinética. Por sua vez, estas dificuldades estão na base de disfunções motoras que, consequentemente resultam em padrões atípicos de movimento e dificuldades na coordenação de movimentos voluntários.

Para o mesmo autor, o diagnóstico de DID encontra-se altamente associado à PC pois, como é referido, dependendo do grau de comprometimento e da fase em que ocorre a lesão cerebral, verifica-se no indivíduo a presença de défices nas habilidades cognitivas e de comunicação verbal.

Para além disso, segundo Bax et al. (2005), a caracterização da PC deve englobar todas as outras características desenvolvimentais ou comorbilidades a ela associadas, citadas no tópico anterior, a fim de realizar um diagnóstico mais complexo e individualizado. Deste modo, no que concerne ao domínio comportamental e emocional, verifica-se que, segundo o estudo de Brossard-Racine et al. (2012), as crianças com PC apresentam maiores problemas comportamentais e défices emocionais que, dificultam o desenvolvimento de relacionamentos sociais positivos. Estes comportamentos são descritos ou como sendo disruptivos ou de isolamento e ocorrem devido, principalmente, aos fatores de estigmatização a que são sujeitos e, ao stresse familiar evidenciado na presença de uma deficiência. Aquando do surgimento de um diagnóstico de PC, toda a organização familiar é modificada e, nem sempre o ambiente de estimulação é o mais favorável.

Por outro lado, através do estudo realizado por Gates, Otsuka, Sanders e Mcgee-Brown (2010) observa-se que o fator qualidade de vida não é frequentemente analisado mas, poderá trazer novas componentes à intervenção junto da PC. De um modo generalizado, a qualidade de vida dos adolescentes com PC, é vista por parte dos pais como pouco positiva. Esta opinião emerge devido à existência de problemáticas globais no desenvolvimento dos seus filhos, associada ainda ao impacto visual/estético de alguns casos, que conduz muitas vezes a uma limitação na aquisição de experiências diferentes e prejudica a participação no trabalho e nas atividades de lazer, aumentando o isolamento social (Holden & Giltesen, 2006). Este isolamento ou falta de estímulos preocupa os cuidadores que consideram que, as

crianças com dificuldades possuem uma maior necessidade de apoios dirigidos às suas características (Gates et al., 2010).

Comparativamente à população apoiada na intervenção da estagiária, o diagnóstico de PC encontra-se presente em dois casos clínicos do grupo de intervenção da atividade motora do estudo de caso 1, realizada à sexta-feira à tarde. De entre as principais características do diagnóstico apresentadas em cima, são verificadas as dificuldades de locomoção e realização de movimentos voluntários, as dificuldades de comunicação expressiva, desvio postural da cabeça, tensão cervical elevada e torções do corpo e movimentos involuntários abruptos, na fase inicial dos movimentos voluntários, com controlo tónico-emocional diminuído. No entanto, apesar das características exibidas, os dois casos encontram-se bem integrados no grupo de apoio e apresentam uma necessidade de apoio verbal mínima e de apoio física moderada ou mínima, dependendo do grau de dificuldade da tarefa ou, do aumento significativo de atividades que englobem movimentos mais precisos.

Assim sendo, a nível social e relacional, ao contrário do indicado na literatura, os dois clientes em questão encontram-se integrados e participam ativamente nas tarefas e atividades coletivas e individuais, no entanto, devido, principalmente, às limitações na postura e no movimento, devem ser desenvolvidas atividades tendo em conta as suas características e envolvendo a promoção e desenvolvimento das suas potencialidades.

Posto isto e uma vez apresentada a conceptualização teórica dos diagnósticos e suas características aos quais a estagiária prestou apoio direto, é descrito no próximo ponto teórico em que consiste a intervenção psicomotora, de que forma as suas práticas constituem uma melhoria no trabalho com a população da organização e, quais as formas de intervenção e objetivos utilizados, especificamente, no CTVA.

### **1.3. Intervenção Psicomotora: estratégias, contextos e metodologias**

A intervenção psicomotora visa analisar e estudar as interações recíprocas existentes entre os dois principais componentes do desenvolvimento humano: a *motricidade* e o *psiquismo* (Fonseca, 2001). Para o autor, por um lado, a motricidade compreende o sistema dinâmico e neurológico da organização motora, tanto ao nível do movimento como do comportamento humano e, por outro, evidencia-se a componente psíquica, entendida como a totalidade do funcionamento mental, composto tanto por dimensões sócioafetivas como cognitivas.

O comportamento e movimento humanos são primeiramente integrados, elaborados, organizados e, só depois executados, já a um nível articular e muscular. Consequentemente, o ser humano é entendido como um sistema complexificado e holístico, constituído pela interação dinâmica entre o planeamento neurológico e a execução motora e não apenas pela análise isolada de cada componente (Boscaini, 2003; Frimodt, 2004). Damásio (2011) completa esta ideia indicando que, o cérebro e o corpo compõem um organismo indissociável, unido por circuitos neurais e bioquímicos reguladores que interagem entre si e com o envolvimento, numa simbiose perfeita.

De um modo generalizado, a intervenção psicomotora pretende atingir a harmonia e o equilíbrio das relações entre o domínio do psíquico e o domínio do motor, com a finalidade de promover a adaptabilidade do ser humano a novas situações diárias, visando uma intervenção holística (Fonseca, 2001; Frimodt, 2004). A terapia psicomotora valoriza o movimento, não o circunscrevendo apenas à sua dimensão neurofisiológica mas, integrando, simultaneamente, a inteligência, a linguagem e a afetividade. O movimento é instrumental, funcional, expressivo e comunicativo (Boscaini, 2003).

A intervenção psicomotora objetiva potenciar a qualidade da relação afetivoemocional, psicológica e comportamental, através da melhoria do desenvolvimento da disponibilidade tónica, da segurança gravitacional, do controlo postural, da noção do corpo a nível concreto e abstrato, da sua lateralização e direccionalidade e, da sua planificação praxica global e específica. Ao serem aumentadas estas componentes é fomentado o desenvolvimento de competências globais de adaptabilidade social e de aprendizagem (Boscaini, 2003; Fonseca, 2001).

Em termos gerais, tal como é apresentado por Fonseca (2001), a intervenção psicomotora tem por finalidade: reorganizar as funções psíquicas, emocionais e sociais do sujeito; maximizar o potencial motor, privilegiando a elaboração e execução adequadas do ato motor e comportamental pretendido; elevar as perceções a níveis de consciencialização e simbolização e, melhorar a capacidade de adaptabilidade social e modificabilidade do processamento da informação, através, essencialmente, da sua dimensão experiencial. O seu trabalho incide, deste modo, sobre comportamentos inadequados e inadaptados em várias situações, normalmente associadas a problemas do desenvolvimento e maturação psicomotora, de aprendizagem ou comportamentais.

A intervenção psicomotora tem como principais instrumentos práticos as técnicas de relaxação e consciencialização corporal, as atividades expressivas, as atividades lúdicas e as atividades motoras consciencializadas (Beck et al., 2004; Boscaini, 2003; Morais, Novais & Mateus, 2005). A partir destas práticas, pretende-se compreender o corpo e perceber o que é possível receber dele, ou seja, cada indivíduo deve perceber como funciona o seu corpo, quais as suas partes e, posteriormente, compreender quais as suas possibilidades e limites que, dão forma à sua interação com o mundo externo. A intervenção psicomotora devolve à pessoa o papel ativo, na medida em que procura modificar integralmente a sua atitude em relação ao seu corpo, percebendo-o como lugar de sensação, expressão e criação (Nicola, 2004; Boscaini, 2003; Beck et al., 2004).

Martins (2001) sintetiza afirmando que, é do domínio do psicomotricista considerar que as potencialidades motoras, mentais e emocionais de cada indivíduo estão em constante interação e que o corpo constitui o instrumento de expressão pessoal e, para entender as suas ações é necessário situá-lo nos seus contextos envolventes e características pessoais e desenvolvimentais.

Outro autor, Costa (2003) considera que a evolução normal do pensamento simbólico e de capacidade de abstração do indivíduo passa por uma investigação totalmente pessoal ao nível das descobertas, de experiência em experiência. O desenvolvimento social e global do sujeito dá-se, essencialmente, a partir da sua ação sobre os contextos, da observação direta dos comportamentos e da imitação. Neste momento, é possível a projeção individual da ação para a representação, culminando no desenvolvimento de competências cada vez mais específicas. De forma resumida, o autor refere que, o ser humano tem consciência do corpo através do mundo e não só do seu interior, projetando-o no espaço, através de descobertas sensoriais e motoras.

O psicomotricista deve ter em atenção a ansiedade de obtenção de resultados positivos e imediatos, o que pode ser realizado através da aquisição de uma posição atenta e de grande disponibilidade, tentando dar sentido ao instante, ao momento, delineando uma sequência temporal e lógica à intervenção psicomotora. O psicomotricista deve ter, por um lado, a capacidade de dar corpo às interações que se vão construindo, respeitando a distância e respondendo às solicitações e, por outro, ser responsivo, adequando a qualidade da resposta ao instante (Costa, 2003).

No que concerne aos contextos, a Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP, 2011) aponta uma diversidade de envolvimentos onde o psicomotricista pode exercer a sua atividade profissional: contexto de saúde (hospitais gerais e

psiquiátricos, centros de saúde e centros de atendimento à toxicodependência); educacional (jardins de infância, escolas de ensino básico e educação especial); segurança social (instituições privadas de solidariedade social, associações e corporativas de ação social, centros de acolhimento e centros de dia); Justiça (institutos e equipas de reinserção social) e, estruturas desportivas com serviços de reabilitação (adaptação ao meio aquático, equitação terapêutica).

Já no que diz respeito às vertentes de intervenção propriamente ditas, incluem-se a *educação*, a *reeducação* e a *terapia* psicomotoras (Fonseca, 2001). Assim, como é regulamentado pela APP (2011), a educação é aplicada em contextos nos quais se pretende estimular o desenvolvimento psicomotor e o potencial de aprendizagem, bem como, a melhoria e manutenção de competências de autonomia, ao longo do ciclo de vida. Por outro lado, a reeducação ocorre quando a dinâmica do desenvolvimento e da aprendizagem está comprometida e, existe um desequilíbrio entre as suas dimensões. Por fim, a vertente terapêutica é aplicada quando é necessário ultrapassar problemas psicoafectivos que comprometem a adaptabilidade da pessoa, nos diferentes contextos ecológicos.

No que concerne à população-alvo da intervenção psicomotora, podemos verificar que pode envolver a pessoa em todo o percurso de vida, constituindo um recurso terapêutico a incluir tanto na intervenção precoce e adolescência, como também na idade adulta e terceira idade (Moraes et al., 2005).

Relativamente às componentes existentes na intervenção psicomotora, encontramos as componentes *instrumental* e *relacional* que estabelecem, durante a sua aplicação, uma relação orientadora entre objetivos, recursos e características espaço-temporais do envolvimento e as atividades desenvolvidas, associando-se à componente relacional e psicoafetiva do indivíduo, cedendo-lhe os recursos necessários ao seu desenvolvimento (Martins, 2001).

A partir desta contextualização conceptual da intervenção psicomotora, importa relacioná-la com a atividade da estagiária junto da população da CERCILisboa, que atua ao nível das competências e comportamentos adaptativos, competências sociais e relacionais e desempenho motor (Martins, 2001; Fonseca, 2001).

A intervenção psicomotora surge como um apoio essencial a utilizar na população com DID a fim de, promover e compensar as dificuldades sentidas nos domínios afetivo e social e psicomotor (Valente, Santos & Morato, 2011). Martins (2001) refere que, baseada na terapia de mediação corporal com uma vertente sensoriomotora e expressiva objetiva, é possível chegar ao movimento consciente e pensado, através das possibilidades do agir sobre si e sobre o envolvimento. A partir daí, é privilegiada a experiência concreta e, paralelamente atingir o plano do abstrato e do simbólico, capacidades necessárias ao equilíbrio no funcionamento social e familiar, para de forma terapêutica, organizarem-se as percepções, sensações, interpretações e cognições, e maximizar o comportamento adaptativo, funcionalidade e autonomia do indivíduo, desenvolvendo a capacidade percetiva, simbólica/conceptual e comunicativa (Valente, Santos & Morato, 2011). A intervenção potencia o desenvolvimento dos sete fatores psicomotores (Fonseca, 2007) e maximiza a capacidade atencional, necessária às atividades do dia-a-dia, à memorização de acontecimentos/conceitos e concentração nas tarefas, bem como, à consciência de si e das suas capacidades comunicacionais, adaptativas, sociais e motoras (Martins, 2001).

Esta intervenção é necessária ao desenvolvimento da pessoa com DID o mais precoce possível dado ser na primeira infância que ocorrem as principais alterações ao nível do desenvolvimento psicomotor, sendo um momento crucial para a aquisição da maioria das aprendizagens sociais. Segundo Fonseca (2007), as dificuldades psicomotoras têm consequências a nível mais complexo, relacionadas com o

planeamento motor que irá comprometer a capacidade da pessoa em se ajustar e reajustar às várias situações contextuais diárias. De acordo com Coelho, Rodrigues, Santos e Eiró (2003), a intervenção psicomotora propõe promover o desenvolvimento da pessoa com DID, através da adequação de recursos educativos, terapêuticos e (re) habilitativos às necessidades de cada um. Além disto, tem como finalidade a promoção do desenvolvimento das competências motoras, cognitivas e sociais, utilizando as atividades lúdicas e o jogo. O corpo em movimento é o elemento central, sempre tendo em conta que cada um desses movimentos, executados pela pessoa, tem uma intencionalidade, um significado, constituindo a expressão individual de cada um. Assim, tendo em consideração estes pressupostos, a terapia tem como objetivos gerais a promoção da qualidade de vida, da capacidade de adaptação e funcionamento independente, visando a participação ativa dos sujeitos com DID nas atividades comunitárias.

Para Hudson et al. (2003), a intervenção nas DID deve incidir também sobre os comportamentos maladaptativos apresentados. A população com DID tende a apresentar problemas comportamentais, tanto de internalização como de externalização (Horovitz et al., 2011), tal como referido anteriormente. Desta forma, intervir sobre os problemas comportamentais torna-se essencial para o desenvolvimento mais equilibrado da criança com DID (Hudson et al., 2003). Para os autores, ao ajustar comportamentos adaptativos durante a infância é melhorada a qualidade de vida da pessoa com DID, na idade adulta.

Na intervenção nas DID importa referir que, é muito importante a implementação, por parte dos agentes intervenientes nos apoios, de atividades que promovam a autonomia e independência dos indivíduos em todos os domínios, para que possa resolver os seus problemas e tomar decisões, o mais autonomamente possível (Santos & Morato, 2002).

### **1.3.1. A intervenção psicomotora perspectivada pela instituição**

Visto que, a CERCI de Lisboa tem como principal objetivo a melhoria da qualidade de vida dos seus clientes, todos os técnicos e monitores trabalham em conjunto as competências necessárias à adaptação adequada dos mesmos, nos contextos onde estão envolvidos. Para atingir este objetivo, a instituição dispõe de vários apoios ou recursos, em diferentes áreas de intervenção, onde é estimulado o desenvolvimento, interesse e bem-estar pessoal e, o aumento do funcionamento individual (CERCILisboa, 2011a).

A intervenção psicomotora consiste num dos apoios prestados, sendo perspectivada na instituição, a nível geral, com o propósito de promover a qualidade de vida relativamente ao bem-estar físico e, espera-se que, com a sua atuação, seja melhorada a perceção individual sobre a relação entre a aspiração, interesse, realização e também, a manutenção do domínio das competências da atividade física. Ao longo das sessões psicomotoras, pretendem-se trabalhar e maximizar as capacidades dos sujeitos no âmbito da sua funcionalidade e autonomia diária.

O apoio da intervenção psicomotora na instituição é dirigido, principalmente, às necessidades diárias e gostos revelados pelos clientes, tendo em consideração os grupos em que se inserem e as suas competências. Consequentemente, tendo sempre como base a ideologia da CERCI, as sessões são realizadas em grupo e não de forma individualizada, com a finalidade de promover não só a prática regular de atividade física e a melhoria da qualidade de vida a nível físico e biológico, mas também, a nível social, reforçando o trabalho das interações sociais e da componente relacional. Dentro desta componente (social e relacional) são estimuladas, durante a intervenção da estagiária, a comunicação verbal e não-verbal, as interações entre os clientes e técnicas, realizando-se uma apreciação dos comportamentos e desempenhos no final de cada atividade. Esta avaliação informal maximiza a perceção



individual sobre o seu próprio desempenho e promove a comunicação das suas necessidades.

Neste domínio, Bertin (2010) estabelece a importância de a intervenção ser realizada em grupo, dado constituir numa fonte de estimulação ao desenvolvimento das interações sociais entre os clientes. Paralelamente, é fomentado o desenvolvimento da autoimagem, a imagem do outro e relação com o outro, bem como, a aprendizagem da convivência com o próximo, respeitando-se a sua liberdade e características. A maximização destas capacidades direciona-se para a promoção da adaptação social e da vivência de uma vida com qualidade.

Para além destas considerações, dentro da intervenção psicomotora terapêutica nas DID, na CERCI, é necessário manter algumas rotinas e uma organização habitual, para que os clientes consigam organizar-se ao longo do dia. As sessões seguem uma lógica familiar, iniciando-se com o diálogo inicial, no qual se discutem assuntos relevantes para o dia-a-dia dos clientes e sobre a organização da sessão; em seguida, as atividades propriamente ditas, com dinâmicas psicomotoras ou exercícios físicos adaptados para, por fim, realizar-se um momento de retorno à calma, onde são realizados alongamentos ou tarefas de relaxação e uma conversa final, para avaliação informal da sessão.

De modo geral, a população com DID aparece muitas vezes como um grupo superprotegido para a qual a oferta de atividades é escassa, o que leva a que esta, esteja pouco disposta ao movimento ou à ação. Assim, o Psicomotricista assume um papel de protagonista enquanto ativador corporal, através da implementação de estratégias que considera válidas para os grupos com quem desenvolve as atividades (Valente, Santos & Morato, 2011).

Especificamente, dentro da instituição, o apoio psicomotor é prestado de duas formas e em dois contextos principais: a **Atividade Motora Adaptada (AMA)** e a **Atividade em Meio Aquático**.

A AMA diz respeito à intervenção psicomotora dirigida, principalmente, à manutenção de atividade física, envolvendo a promoção do bem-estar físico que se reflete a nível do bem-estar geral (Steadward, Weeler & Watkinson, 2003). Esta atividade reflete uma intervenção complexa que, engloba recursos e técnicas pedagógicas, preventivas, terapêuticas ou de lazer e recreação, que objetivam a manutenção de uma vida ativa e, a melhoria das capacidades físicas e de saúde do indivíduo (Hutzler & Sherrill, 2007). O foco principal da AMA incide sobre as características individuais de cada pessoa e centra-se na criação de oportunidades, permitindo às pessoas com necessidades de apoios diferenciados, a experimentação de variadas vertentes desportivas, que lhes possam proporcionar prazer e motivação para a manutenção de estilos de vida saudáveis (Hutzler & Sherrill, 2007; Steadward et al., 2003).

A partir deste pressuposto, compreende-se que esta prática desenvolve na pessoa a capacidade de escolha, autodeterminação das suas tarefas e autorregulação (Steadward et al., 2003). As estratégias mais utilizadas, por parte da estagiária, recaem sobre a execução de demonstração, a utilização de linguagem assertiva e objetiva, vocabulário apropriado aos diferentes grupos, sequências de tarefas simples e organizadas, da menos complexa para a mais complexa e, utilização de estímulos visuais e atividades diversificadas. Na CERCI, a AMA, para além do principal objetivo citado, tem como meta a atingir, promover a manutenção das capacidades físicas já adquiridas, minimizando a sua perda, ao longo do seu envelhecimento e, a maximização dos relacionamentos sociais e interações saudáveis e equilibradas. Em questões de horário, a AMA é realizada durante a tarde através de caminhadas realizadas no exterior ou atividades no ginásio. Todos os grupos de apoio são maioritariamente homogéneos, ao nível das competências adaptativas e motoras, a

fim de serem facilitadas as interações e momentos de partilha entre clientes e a técnica e os clientes, sendo trabalhados aspetos relacionados com o desenvolvimento psicomotor, com estimulação mais incidente sobre as capacidades cognitivas e os fatores psicomotores propriamente ditos.

Por outro lado, é apresentado o contexto de intervenção psicomotora em meio aquático. A maioria dos benefícios desta intervenção resulta de qual o tipo e intensidade do exercício realizado e variam de acordo com a temperatura da água, pressão hidrostática e duração do tratamento. Outro fator importante são as reações fisiológicas e corporais, naturais, que podem ser modificadas apenas pelas condições da água, em cada uma das populações (Biasoli & Machado, 2006).

Muitos dos efeitos terapêuticos benéficos obtidos com a imersão em água aquecida (relaxação muscular e mental, a analgesia, a redução do impacto e da agressão sobre as articulações) são associados aos efeitos possíveis de se obter com os exercícios realizados quando são exploradas as diferentes propriedades físicas da água (densidade relativa, força de empuxo ou de flutuação, tensão superficial, pressão hidrostática e impacto - Biasoli & Machado, 2006).

Os principais métodos utilizados na reabilitação aquática e, utilizados frequentemente na intervenção apresentada, são o Método de Halliwick, Bad Ragaz, Watsu e a Hidrocinesioterapia, métodos que resultam do estudo e utilização das propriedades da água, a fim de melhorar condições ortopédicas e neurológicas diminuídas e, minimizar os seus sintomas (Biasoli & Machado, 2006; Campion, 2000; Ruoti, Morris & Cole, 2000).

O Método de Halliwick consiste num método de ensino de natação, dirigido a populações com necessidades de apoio, mas que pode ser generalizado à população em geral. Desta forma, o método tem como finalidade: permitir o conhecimento do próprio corpo e das suas possibilidades de equilíbrio na água e, ensinar a nadar ou deslocar-se no meio de forma harmoniosa e prazerosa. Baseia-se, essencialmente, na facilitação da expressão corporal e motora e, no aumento de estímulos sensoriais, podendo ser aplicado no âmbito músculo-esquelético, neurológico, da reabilitação pediátrica ou terapêutico (Cunningham, 2000).

Este método é composto por um “Programa de Dez Pontos” de ensino, que respeita a ordem de desenvolvimento cerebral e de aprendizagem no meio aquático e, divide-se em quatro partes essenciais e sequenciais (Cunningham, 2000): 1) Ajustamento mental (adaptação física, emocional e cognitiva às propriedades e atividades a desenvolver na água, incluindo a aquisição do controlo respiratório); 2) Restauração do equilíbrio (realização de movimentos reflexivos primitivos e, movimentos de alteração dos estados de equilíbrio, promovendo a sua recuperação); 3) Inibição (envolve o controlo postural permitindo a aprendizagem da manutenção de posturas estáticas na água) e, 4) Facilitação (passagem da estruturação e organização do movimento ao movimento propriamente dito).

Tem como principais objetivos fortalecer os vários grupos musculares; aumentar a amplitude articular; facilitar reações posturais de equilíbrio; melhorar a condição física geral; melhorar a adaptabilidade mental; reduzir a dor e reduzir a espasticidade, possibilitando a melhoria do bem-estar físico e emocional destas populações (Cunningham, 2000).

O Método Bad Ragaz consiste na aplicação de atividades de facilitação neuromuscular propriocetiva, nas quais o cliente é posicionado na água em decúbito dorsal, com auxílio de flutuadores ou apoio direto do técnico. O cliente realiza ativa ou passivamente movimentos corporais, utilizando como resistência as propriedades da água, para reduzir o tônus muscular; relaxar; aumentar a amplitude articular; fortalecer os músculos; alongar o tronco; melhorar o alinhamento e estabilidade do tronco;

melhorar a base de sustentação; reestruturar padrões funcionais de locomoção; melhorar a resistência e, treinar a funcionalidade corporal global (Garret, 2000).

O método Watsu ou Water Shiatsu foi originalmente criado através da transferência de técnicas de shiatsu zen para o meio aquático, possibilitando a relaxação muscular global e, o aumento da amplitude articular. Os movimentos realizados são combinados com massagens e pressões dirigidas, enquanto o cliente flutua na piscina, em que a água deve ter a temperatura de 35 graus. É possibilitada a libertação de tensões corporais e diminuição do tônus muscular através de mobilizações e alongamentos musculares suaves de modo alternativo aos utilizados em terra. Estes movimentos rítmicos são executados em harmonia com a respiração (Dull, 2000).

Por último, a Hidrocinesioterapia constitui um conjunto de técnicas terapêuticas fundamentadas na biomecânica do movimento humano e que promovem a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, através da prática de atividades terapêuticas na água, associadas ou não a manipulações, hidromassagem, efetivada com implementação de programas de tratamento específicos para cada cliente. Consequentemente, uma avaliação criteriosa deve ser realizada, em conjunto com o levantamento informações sobre a sua experiência com a água, imersão e domínio ou não de nados (Biasoli & Machado, 2006).

Desta forma, os benefícios a nível físico e biológicos são inúmeros e vão desde melhorias a nível cardiorrespiratório e circulatório como ao nível da motricidade global equilíbrio, locomoção e marcha. Também a componente psicomotora é melhorada, proporcionando melhores níveis de qualidade de vida, participação na vida diária e do bem-estar físico (Becker, 2009; Biasoli & Machado, 2006; Campion, 2000; Ruoti, Morris & Cole, 2000), bem como a componente social, objetivando-se a participação social dos indivíduos (Campion, 2000) e as melhorias a nível psicológico e mental (e.g.: aumento da autoconfiança e diminuição da ansiedade e stress - Biasoli & Machado, 2006; Campion, 2000; Matias, 2005; Moulin, 1997; Ruoti, Morris & Cole, 2000).

A atividade em meio aquático, na instituição, tem como base todos estes aspetos citados, sendo aplicados os vários tipos de técnicas de reabilitação. Estas atividades são realizadas, diariamente, durante a parte da manhã, com diferentes grupos de apoio. Também aqui os grupos se apresentam de forma mais ou menos homogénea, em termos de competências motoras e de adaptação ao meio. A utilização de atividades lúdicas e objetivas é verificada e, tem-se revelado uma mais-valia na intervenção na população adulta com DID.

As atividades pretendem a criação de um meio facilitador do desenvolvimento psicomotor, onde o corpo se assume como instrumento de expressão de sentimentos, onde são respeitadas as etapas de desenvolvimento de cada um e, os objetivos e planeamentos são ajustados. Através da organização de atividades e da utilização de instrumentos como o corpo, o espaço e o tempo, possibilita-se uma ação mais eficaz e adaptativa (Matias, 2005). Para além das competências físicas e adaptativas, também são desenvolvidas e acompanhadas as atividades de higiene e cuidado pessoal, promovendo a adaptação da população a diferentes contextos do dia-a-dia (CERCILisboa, 2011a).

Após a descrição dos métodos e práticas no âmbito da intervenção psicomotora, utilizadas na instituição, importa referir de que forma é realizado o levantamento das necessidades de apoio e potencialidades dos clientes de modo a elaborar programas de intervenção psicomotora promotores da qualidade de vida dos grupos de intervenção. É apresentando então, na próxima parte, em que consiste a avaliação e a avaliação psicomotora, especificamente e, de que forma esta é perspectivada na instituição.

#### **1.4. Importância da avaliação e a avaliação/observação psicomotora**

A avaliação é essencial para a delimitação e orientação dos programas de intervenção para as pessoas com dificuldades (Gorla, Araújo & Carminato, 2004). A temática da avaliação em termos psicomotores ganha relevância por aliar-se, por um lado, à necessidade de implementação de intervenções capazes de modificar quadros clínicos e, por outro, à verificação das dificuldades enfrentadas por essas mesmas práticas, constituindo um instrumento de verificação dos resultados e eficácia das intervenções, procurando responder de forma objetiva às necessidades ou falhas dos projetos interventivos e de reabilitação (Silva & Formigli, 1994).

Para Boscaini (2004), a avaliação pode ser vista por diferentes ângulos e, aplicada por diferentes áreas da saúde. A avaliação psicomotora, realizada pelo Psicomotricista, pretende relacionar, de uma forma holística, funções motoras, cognitivas, afetivas e relacionais. Consiste numa avaliação de competências psicomotoras, num plano funcional, em particular das competências neuromotoras, sensoriomotoras, de representação corporal, organização espaço-temporal e, uma avaliação das características psicoafetivas do sujeito, através, essencialmente, da atitude na relação, o compromisso na ação, na autoestima e na expressão do vivenciado no plano corporal, emocional e relacional (Albaret, 2003; Fonseca, 2007; Pitteri, 2004).

O objetivo do diagnóstico psicomotor consiste em reconhecer problemas psicomotores, através de métodos simultaneamente subjetivos, exprimidos pela observação dinâmica e espontânea e, objetivos identificados através de instrumentos capazes de revelar quer as competências expressivo-relacionais quer funcionais pois, as funções psicomotoras constituem uma ponte entre o mundo interno e externo do sujeito, permitindo uma interpretação sobre o nível das competências reais e potenciais (Boscaini, 2004; Fonseca, 2007; Contandriopoulos, 2006).

Para Pitteri (2004), a avaliação psicomotora deve ser realizada para que se possa, entre outros aspetos, aplicar um método de intervenção que considere as especificidades do sujeito, adaptando as técnicas a utilizar e a direcionar aos seus gostos; realizar uma intervenção psicomotora adaptada a cada um; avaliar a prática do sujeito nos diferentes contextos e, permitir que esta área de intervenção se diferencie, não sendo confundida com outras práticas e profissionais.

O mesmo autor continua afirmando que, a observação psicomotora se centra na compreensão do sujeito, de forma global, natural e contextualizadora, para a implementação de uma intervenção psicomotora adequada. A expressão das competências psicomotoras tomam forma através das características psicoafetivas e das vivências do sujeito e por isto, não devem ser observadas de forma isolada (Pitteri, 2004).

A individualização das características próprias do desenvolvimento e a compreensão das dificuldades presentes de um indivíduo é facilitada pela observação dos sinais corporais e de ação como indicadores psicomotores, mais ao nível da motricidade do que da mente, i.e., de componentes como a postura, o tônus, equilíbrio, motricidade, canais sensoriais, lateralidade, grafomotricidade, identidade do eu enquanto conhecimento e de vivência do próprio corpo (esquema e imagem corporal), espaço, ritmo, objetos, comunicação verbal e não-verbal, contacto visual, mímica, atenção e memória sensorial, gesto e praxia, atitudes e comportamento (Boscaini, 2003).

Durante a observação psicomotora, é o caráter intrinsecamente psíquico do movimento que interessa analisar, i.e., a representação, a elaboração, a integração, a programação, a regulação e a verificação da atividade e não só, o grau de execução ou o produto final. Durante este processo, a intervenção psicomotora visa a deteção ou interpretação de significações psiconeurológicas que constituem a materialização

do intelecto, a partir do corpo e do movimento (Fonseca, 2007; Albaret, 2003), para a partir daqui se otimizar a vivência de uma vida plena de qualidade (Luckasson & Schalock, 2012).

Na CERCILisboa, a avaliação das competências globais é feita em equipa pelos colaboradores e família, a fim de se elaborar o Projeto de Vida ou Plano Individual de Intervenção de cada um dos clientes. Este documento constitui uma síntese de quais das atividades realizadas no centro, os domínios da qualidade de vida e as atividades da vida diária, nas quais os clientes apresentam maiores necessidades de apoio e, consequentemente, quais os apoios a implementar e a direcionar. Cada técnico especializado é gestor do projeto de vida de vários clientes, sendo responsável pela sua avaliação, orientação e também, pela monitorização dos objetivos delineados ao longo dos três anos, durabilidade de cada projeto de vida.

A avaliação de competências é feita através da aplicação da Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa (Santos & Morato, 2004) pelo gestor de projeto e revista, posteriormente, pelos monitores, colaboradores e familiares que tenham maior contacto direto com o cliente em causa e, possam apresentar alguma informação mais detalhada a acrescentar. Depois de levantadas as necessidades de apoio, são definidos os objetivos gerais e, quais os monitores e técnicos responsáveis por desenvolver e direcionar as atividades e apoios. Seguidamente são definidos os objetivos específicos para cada apoio a desenvolver.

Desta forma, também a intervenção psicomotora vai ao encontro da estrutura do projeto de vida de cada cliente, sistematicamente, aos objetivos delineados a nível geral e específico, realizando-se uma monitorização diária dos mesmos, quanto ao nível de concretização e de desenvolvimento.

Relativamente ao desenvolvimento da componente psicomotora, a avaliação realizada durante o estágio, assumiu um carácter informal pretendendo-se uma recolha de informações prática e funcional e, que os resultados decorrentes da mesma pudessem ser analisados de forma qualitativa com referência a critério, com base na individualidade de cada cliente. Posto isto, ao longo das sessões é feita uma observação psicomotora das competências de cada um e depois são trabalhados os objetivos tendo em conta as características do grupo em que cada estudo de caso se insere. Segundo a visão da instituição, os apoios devem ser dirigidos a cada cliente, tendo em conta o grupo no qual se inserem.

Após a apresentação do enquadramento teórico inerente ao estágio curricular em análise, descreve-se seguidamente a prática psicomotora implementada pela estagiária, com exposição de todas as atividades, estratégias e metodologias utilizadas.

## **CAPÍTULO 2 – INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NA CERCILISBOA**

### **2.1. Calendarização e horário das atividades de estágio**

As atividades de estágio iniciaram-se no dia 7 de outubro de 2013 e terminaram a 30 de maio de 2014. Contudo, a estagiária prolongou a sua atividade até ao dia 6 de junho de 2014 a fim de, terminar por completo a sua intervenção e, realizar a sessão em psicomotricidade, dirigida aos colaboradores da CERCILisboa, a que se tinha proposto durante o ano letivo. Todas as atividades respeitaram a duração do ano letivo académico, tendo as interrupções letivas sido realizadas de acordo com a calendarização das atividades do CAO do CTVA e respetivo horário de funcionamento.

Como tal, o estágio curricular teve a duração de oito meses consecutivos, com interrupções efetuadas durante as férias de Natal (21 de dezembro de 2013 e 6 de janeiro de 2014) e Páscoa (14 a 21 de abril de 2014), feriados nacionais e, nos dias em que a estagiária não pôde estar presente por se encontrar em atividades externas à mesma, justificadas ao longo deste documento (e.g.: ações de formação complementares ou em reunião com orientadora de estágio).

Durante as atividades de observação e intervenção propriamente ditas, nos primeiros dois meses de estágio, foi estabelecido, em conjunto com as técnicas responsáveis, um horário semanal de 20h, adequado tanto à disponibilidade da estagiária e das orientadores locais e atividades pelas quais são responsáveis (atividade em meio aquático, atividade motora e atividade de canoagem e vela adaptada), bem como, do horário de funcionamento do centro de atividades ocupacionais do CTVA.

**Tabela 1 – Perspetiva geral do horário semanal de estágio curricular.**

<b>Horas/Dias</b>	<b>SEGUNDA-FEIRA</b>	<b>TERÇA-FEIRA</b>	<b>QUARTA-FEIRA</b>	<b>QUINTA-FEIRA</b>	<b>SEXTA-FEIRA</b>
<b>10h00</b> <b>13h</b>	<b>Sessão de Atividade em Meio Aquático – Grupo 1a</b>	Manhã livre de atividades no CTVA	Apoio ao grupo de apoio na atividade em meio aquático	<b>Sessão de Atividade em Meio Aquático – Grupo 2a</b>	Apoio ao grupo de apoio na atividade em meio aquático
<b>13h – 14h</b>	<b>Almoço</b>				
<b>14h</b> <b>15h</b>	Apoio ao grupo de apoio na atividade motora	Apoio ao grupo de apoio na atividade motora	<b>Atividade de caminhada – Grupo 2c ou Atividade de Canoagem e Vela adaptada</b>	Tarde livre de atividades no CTVA	<b>Sessão de Atividade Motora – Grupo 1b</b>
<b>15h</b> <b>16h</b>	<b>Sessão de Atividade Motora – Grupo 2b</b>	Apoio ao grupo de apoio na atividade motora			
<b>Nº Horas</b>	5h	2h	5h	3h	5h

Respeitando o tipo de trabalho e intervenção implementado pelas orientadoras locais, a estagiária interveio diretamente nos grupos nos quais os estudos de caso por si escolhidos estavam inseridos. Deste modo, as sessões pelas quais a estagiária era responsável aconteceram, relativamente à atividade em meio aquático, às segundas e quintas-feiras da parte da manhã e, quanto à atividade motora, estas decorreram às segundas e sextas-feiras, durante a tarde, nos horários apresentados na tabela 1. A atividade de canoagem e vela adaptada não era da total responsabilidade da estagiária, contudo, nos dias em que esta ocorreu, a estagiária prestou apoio direto aos clientes participantes, conduzindo a experiência e processo de aprendizagem numa das canoas. Nesta atividade, como é apresentado mais à frente, os grupos não eram sempre os mesmos, não envolvendo, de forma direta, os grupos de apoio por si escolhidos.

Por outro lado, no restante horário acordado, a estagiária esteve presente nas atividades das quais as técnicas de reabilitação eram responsáveis no entanto, não

intervindo diretamente mas, prestando o apoio especializado necessário a cada grupo de intervenção e acompanhando nas tarefas propostas pelas técnicas.

## **2.2. Grupos apoiados pela planificação e intervenção da estagiária**

A escolha dos grupos de intervenção referidos na tabela 1, foi feita através da seleção inicial de dois estudos de caso, após o período de observação e observação participada, a fim de poderem ser implementadas competências profissionais inerentes à prática da intervenção psicomotora, estabelecidas no regulamento da unidade curricular.

Desta forma, a organização e planificação das sessões foi orientada com base nos objetivos específicos estabelecidos para os clientes escolhidos e, tendo em conta as características dos restantes elementos dos grupos em que se encontravam. De um modo geral, a intervenção psicomotora com estes grupos tem em consideração, tanto a aplicação de atividades direcionadas para os objetivos específicos de cada cliente, mas também, as necessidades e potencialidades de todos os clientes presentes nos grupos, enquanto grupo terapêutico.

No que concerne, concretamente, à caracterização dos grupos, seguindo os princípios da instituição, os grupos das salas de atividades ocupacionais são organizados de forma heterogénea, abrangendo clientes com diferentes necessidades de apoio. Contudo, por outro lado, os grupos de intervenção psicomotora são agrupados por competências, de forma mais ou menos homogénea, com elementos de diferentes salas, atendendo às características motivacionais, sociais e psicomotoras dos clientes, com o propósito de possibilitar a participação equilibrada de todos e, concretizar os objetivos terapêuticos delimitados de forma mais harmoniosa e eficaz.

Importa ainda salientar que, os grupos não são sempre os mesmos nos vários contextos, i.e., os grupos da atividade motora não são sempre semelhantes, em número e clientes, aos grupos da atividade em meio aquático pois, o nível de desempenho de um cliente num determinado contexto não é, necessariamente, semelhante no outro, em termos de competências globais.

Descrevendo, especificamente, os grupos terapêuticos ao longo do presente documento, estes foram organizados a partir do número atribuído a cada estudo de caso (respeitando questões de confidencialidade e privacidade) e a atividade desenvolvida. Ou seja, aos grupos nos quais está inserido o estudo de caso 1 foi atribuído o número 1 (grupo 1) e ao estudo de caso 2, atribuído o número 2 (Grupo 2). De seguida, a estagiária adicionou uma letra correspondente a cada atividade desenvolvida, i.e., à atividade em meio aquático corresponde a letra *a*, à atividade motora corresponde a letra *b* e, à atividade de caminhada corresponde a letra *c* (e.g. Grupo 1a – alusivo ao grupo em que o estudo de caso 1 está presente e à realização da atividade em meio aquático).

Ao longo das atividades de estágio a estagiária interveio diretamente com 34 clientes do CTVAA, distribuídos nos 5 grupos, nos três contextos de intervenção, tal como é apresentado na tabela 2. No grupo 2c, devido ao caráter da atividade (caminhada no exterior), não foi necessário realizar a planificação e respetivo relatório, contudo, a estagiária deu apoio específico ao estudo de caso escolhido. Com isto, no total, foram planeadas e dinamizadas pela estagiária 4 sessões semanais.

Apesar de serem planeadas as quatro sessões referidas, a sua dinamização não foi semelhante, devido às diferenças apresentadas pelos vários grupos. Desta forma, o grupo 1a pode ser caracterizado por uma necessidade de apoio no meio aquático de intermitentes a limitados; já o grupo 2a, apesar de ser constituído por menos elementos (3), apresenta neste meio necessidades de apoio entre limitados a extensivos, devido a dificuldades de atenção e concentração, de desenvolvimento

cognitivo e motor. Noutro contexto, o grupo 1b, apresenta durante a intervenção e no dia-a-dia uma necessidade de apoios limitados, no qual apenas os dois elementos com PC apresentam uma menor autonomia motora, devendo-se por isso o elevado número de elementos neste grupo; o grupo 2b, contudo, é menos autónomo, apresentando maiores necessidades de apoio (extensivos), sendo por isso constituído por menos elementos, possibilitando uma intervenção mais dirigida às suas dificuldades.

**Tabela 2 - Descrição dos grupos apoiados pela intervenção da estagiária.**

GRUPO	INTERVENÇÃO	DESCRIÇÃO		IDADES	Nº TOTAL
<b>1</b> (estudo de caso 1)	a) Meio Aquático	5 Elementos	4 Género Masculino	23 – 49 anos	34 clientes
			1 Género Feminino		
	b) Motora Adaptada	18 Elementos	13 Género Masculino		
			5 Género Feminino		
<b>2</b> (estudo de caso 2)	a) Meio Aquático	3 Elementos	2 Género Masculino		
			1 Género Feminino		
	b) Motora Adaptada	4 Elementos	2 Género Masculino		
			2 Género Feminino		
	c) Caminhada	9 Elementos	5 Género Masculino		
			4 Género Feminino		

A partir da escolha dos grupos de apoio, foi possível realizar a previsão do número de sessões a realizar. Assim, as sessões organizadas pela estagiária deram início, depois de terem sido autorizadas pelos cuidadores dos clientes em questão, na semana de 2 a 6 de dezembro de 2013.

Em termos de frequência, cada grupo de apoio realizou uma sessão semanal. Desta forma, para o grupo 1 (correspondente ao estudo de caso 1), para a atividade em meio aquático (1a) estavam previstas 19 sessões e, para a atividade motora (1b) foram previstas a realização de 18 sessões. Já relativo ao grupo 2 (correspondente ao estudo de caso 2), para a atividade em meio aquático (2a) estavam previstas 18 sessões e, para a atividade motora (2b) foram previstas 19 sessões.

Contudo, no total foram realizadas menos sessões do que o previsto. Assim, para o estudo de caso 1, relativamente ao grupo 1a realizaram-se 14 sessões; para o grupo 1b dinamizaram-se 17 sessões; no que concerne ao grupo 2a foram realizadas 17 sessões e, por último, para o grupo 2b dinamizou-se 12 sessões.

Algumas sessões foram canceladas devido a problemas técnicos das piscinas municipais (e.g. temperatura da água) e outras coincidiram com dias de atividades Intercentros, momentos de formação das orientadoras ou estagiária ou outras dinâmicas que impossibilitaram a realização de todas as sessões previstas.

### **2.3. Procedimentos gerais**

De um modo geral, já foram descritos ao longo do presente relatório alguns dos procedimentos seguidos pela estagiária ao longo da elaboração formal do relatório de estágio, bem como, da implementação da intervenção psicomotora propriamente dita.

Desta forma, seguindo a perspetiva apresentada na parte teórica, apresenta-se seguidamente, as principais etapas percorridas ao longo deste período de estágio profissionalizante.

Inicialmente, procedeu-se a um período de observação no qual, a estagiária teve a possibilidade de observar todas as atividades realizadas no centro (e.g. teatro, dança, grupo de bombos, atividades estritamente ocupacionais, período da refeição e de entradas e saídas no centro...) e, de assistir, mais especificamente, a todas as atividades realizadas sob a responsabilidade das orientadoras locais, Dra. Mónica Estevens e Dra. Elisabete Sousa. Estas últimas atividades exigiram maior rigor na



observação, visto tratar-se das atividades pertencentes exclusivamente à intervenção psicomotora e das quais a estagiária viria a ser responsável, colocando em prática as competências inerentes à intervenção e aprendidas anteriormente. Neste sentido, durante este período, foram realizados pela estagiária apontamentos e relatórios de observação descritivos das sessões, contemplando as atividades realizadas, as estratégias aplicadas, os objetivos, como também, posturas das técnicas e os dos clientes.

De seguida, realizou-se o período de observação participada que, teve como principais objetivos a criação de uma relação empática com os clientes e, a aquisição e assimilação das práticas e atividades implementadas com os diferentes grupos, nas várias sessões.

Após este período, realizado sempre com a supervisão das orientadoras locais, a estagiária escolheu os dois estudos de caso com os quais pretendeu desenvolver o seu trabalho ao longo dos meses e, por isso, procedeu-se à aplicação dos instrumentos de avaliação. Neste momento, foi elaborado para cada um dos estudos de caso, um dossier de avaliação com os dados anamnésicos, os resultados da observação realizada anteriormente, da Escala de Comportamento Adaptativo, da Ficha de avaliação de comportamentos no Meio aquático, da Escala de Qualidade de Vida da OMS e do Projeto de Vida delineado para o triénio 2014-2016. O processo de avaliação realizou-se através das escalas apresentadas, por forma, a respeitar o trabalho e processo de avaliação já realizado na instituição. Assim, a aplicação da Ficha de avaliação de comportamentos no Meio aquático foi a única inovação realizada, com o intuito de obter dados mais concretos sobre uma das atividades efetuadas pela intervenção psicomotora que, não possui nenhum protocolo delimitado.

A partir dos dados obtidos pela aplicação dos protocolos de avaliação indicados, a estagiária elaborou um plano habilitativo para cada um dos estudos de caso e respetivos grupos de apoio, no qual são apresentados as necessidades, potencialidades, estratégias e objetivos de intervenção e as atividades a implementar ao longo do estágio, com vista a alcançar a concretização dos objetivos escolhidos.

No final da aplicação do processo terapêutico, procedeu-se, como é habitual, à avaliação final de resultados. Durante esta tarefa foi aplicado apenas, novamente o protocolo de avaliação em meio aquático. Já a escala de Comportamento Adaptativo, por ser aplicada pelas técnicas da instituição, possui outro tipo de organização sendo aplicada de três em três anos, possibilitando um período de implementação dos objetivos definidos para o projeto de vida individual de cada cliente. Contudo, além do primeiro protocolo, foi realizada a monitorização final dos objetivos, i.e., no final da implementação da intervenção, a estagiária procedeu, com a supervisão das orientadoras locais à análise da concretização dos objetivos delineados no plano habilitativo. Desta forma, observou-se qual o grau de concretização, por parte de cada cliente, nos objetivos e metas delimitados, referindo se os mesmos foram alcançados, não alcançados ou, parcialmente alcançados. Este tipo de monitorização já é realizado pelas técnicas de reabilitação na instituição e, possibilita um controlo contínuo sobre os objetivos delineados e as atividades a realizar, com o propósito de obter sucesso por parte de cada cliente e, sendo orientado pelo sistema de classificação do nível de qualidade do sector de serviços sociais.

Paralelamente, ao longo de todo o período de estágio, foi realizado o relatório formal de estágio, com todas as partes que o constituem e, para cada sessão, elaborado um plano de sessão, seguido do respetivo relatório de observações. Seguem em anexo exemplares de alguns destes documentos, correspondentes a diferentes contextos de intervenção.

Para além disso, também foi implementado um projeto de investigação/intervenção que consistiu no levantamento das necessidades físicas, psicológicas,

emocionais e sociais dos colaboradores da CERCILisboa, através da aplicação de um questionário, elaborado para o efeito, relacionado com a qualidade de vida de cuidadores formais (e.g.: colaboradores da instituição). Desta forma, os procedimentos seguidos durante a sua aplicação passaram por: 1) escolha inicial do tema do projeto; 2) elaboração e aceitação da instituição do questionário, baseado na escala de Qualidade de Vida da OMS e em relatórios da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (2012); 3) aplicação do questionário aos três centros da CERCILisboa; 4) apresentação dos resultados em forma de sessão de esclarecimento e folheto informativo e, 5) dinamização de sessão de psicomotricidade com estratégias de minimização de sintomas de stresse ocupacional e desequilíbrio da vida profissional.

São apresentadas, esquematicamente, nas tabelas 3 e 4, todas as fases percorridas na realização da intervenção e investigação, durante o estágio profissionalizante.

**Tabela 3 - Cronograma da aplicação das tarefas de intervenção do ano letivo 2013/2014.**

Tarefas/ Meses de trabalho	Delimitação do horário de estágio	Observação	Observação participada	Escolha dos estudos de caso	Avaliação inicial e elaboração do plano habilitativo	Intervenção Psicomotora	Avaliação final de resultados
2013	Out.						
	Nov.						
	Dez.						
2014	Jan.						
	Fev.						
	Mar.						
	Abr.						
	Maio						

**Tabela 4 - Cronograma da aplicação das tarefas de investigação do ano letivo 2013/2014.**

Tarefas/ Meses de trabalho	Revisão da literatura	Realização do relatório de estágio	Delimitação e aprovação do projeto inovador	Aplicação dos questionários	Parte teórica do projeto inovador	Análise e apresentação dos resultados no CTVA	Entrega do relatório de estágio
2013	Out.						
	Nov.						
	Dez.						
2014	Jan.						
	Fev.						
	Mar.						
	Abr.						
	Maio						
	Jun.						

De um modo geral, as atividades foram desenvolvidas ao longo do ano letivo, por forma a dividir a carga de trabalho a desenvolver de forma homogeneia e equilibrada ao longo dos meses e, permitindo que nenhuma das etapas e tarefas a realizar fosse afetada em termos de prazos de entrega.

Após esta organização e tendo passado o tempo de observação e observação participada, sucedeu-se à escolha dos estudos de caso e grupos de intervenção. Portanto, são apresentados seguidamente os instrumentos de avaliação aplicados, objetivos, atividades e estratégias de intervenção e os resultados da mesma.

#### **2.4. Instrumentos de avaliação**

Neste tópico são descritos os instrumentos de avaliação utilizados pela estagiária, de forma a orientar objetivamente a intervenção a realizar nos grupos nos quais estão inseridos os estudos de caso selecionados. Utilizou-se, por um lado, a ECAP, já utilizada e familiarizada na instituição e pelos técnicos e, a Ficha de

Avaliação de Competências no Meio Aquático, cedida, após o pedido direto da estagiária, pela Psicomotricista Ana Rita Matias.

#### **2.4.1. Escala de Comportamento Adaptativo (versão Portuguesa)**

A Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa (ECAP – Santos & Morato, 2004) é uma escala adaptada para a população portuguesa (Santos & Morato, 2012a) da *Adaptive Behavior Scale – Residential-Community* criada em 1993, nos Estados Unidos da América por Lambert, Nihira & Leland. A versão portuguesa difere da original no sentido em que foram modificados alguns itens, através da investigação em instituições portuguesas de diferentes níveis de comportamento adaptativo (CA) e, de acordo com as características de casos diagnosticados ou as características comuns presentes nas DID (Santos, 2014; Santos & Morato, 2012b). Além desta investigação, foram tidas em conta as sugestões e contribuições conceptuais dos técnicos especializados que trabalham com a escala ou similares e, que mantenham o contacto direto com a população ou a instituição (Santos & Morato, 2012b).

A ECAP foi desenvolvida com o objetivo principal de avaliar a independência pessoal e comunitária, bem como, os aspetos relativos à performance e ajustamento social, ou seja, o CA do indivíduo na sociedade e contextos em que se insere (Santos, 2014). Este instrumento apropria-se, essencialmente, à avaliação e observação sistemática de populações com ou sem DID, dos 6 até aos 60 anos de idade (Santos & Morato, 2012a).

Através do que é apresentado por Lambert, Nihira & Leland (1993), esta escala permite identificar áreas fortes e menos fortes que possibilitam a organização de planos habilitativos adequados a cada pessoa, a fim de, permitir a sua participação e inclusão plenas, em todos os seus contextos. Desta forma, não se baseia unicamente no fator académico ou escolar mas sim, nas áreas prioritárias características da vivência do quotidiano e das exigências dos diferentes contextos sociais. Isto para que, os comportamentos se adequam e ajustem à diversidade de condições impostas pelo contexto ou sociedade tendo em conta o escalão etário, as características intrapessoais e o grupo sociocultural.

Assim, os objetivos específicos da utilidade da ECAP consistem em discriminar áreas fortes e fracas; identificar sujeitos abaixo da média em determinadas áreas do CA quando comparados com os seus pares; acompanhar a evolução resultante da intervenção e, por último, avaliar o CA para efeitos de pesquisa (Santos & Morato, 2002; 2012a).

Os resultados auferidos com a sua aplicação ajudam ao diagnóstico, à colocação dos sujeitos nos acompanhamentos devidos, à elaboração de planos educativos individuais e à organização de programas comportamentais de desenvolvimento de competências (Lambert, Nihira & Leland, 1993).

Esta escala divide-se em duas partes essenciais. A primeira, relacionada com as competências da independência pessoal, organiza-se em 10 domínios principais: autonomia, desenvolvimento físico, atividade económica, desenvolvimento da linguagem, números e tempo, atividade doméstica, atividade pré-profissional, personalidade, responsabilidade e socialização (Santos & Morato, 2012a). A segunda parte da escala, cotada separadamente da primeira, direciona-se à avaliação de comportamentos sociais desviantes e organiza-se em 8 domínios: comportamento social, conformidade, merecedor de confiança, comportamento estereotipado e hiperativo, comportamento sexual, comportamento autoabusivo, ajustamento social e comportamento interpessoal com perturbações (Santos & Morato, 2012a).

A escala contempla ainda 5 fatores, que englobam especificamente os vários domínios da seguinte forma (Santos & Morato, 2012a): fator I: Autossuficiência pessoal (domínios da autonomia e desenvolvimento físico); fator II: Autossuficiência na

comunidade (domínios autonomia, atividade económica, desenvolvimento da linguagem, números e tempo, atividade pré-profissional e atividade doméstica); fator III: Responsabilidade Pessoal e Social: (domínios atividade pré-profissional, personalidade, responsabilidade e socialização); fator IV: Ajustamento Social (domínios comportamento social, conformidade, merecedor de confiança e comportamento interpessoal com perturbações) e; fator V: Ajustamento Pessoal (domínios comportamento estereotipado e hiperativo, comportamento sexual, comportamento autoabusivo e comportamento interpessoal com perturbações).

A ECAP deve ser aplicada através da observação direta ou em entrevista à pessoa que tenha mais contacto com o indivíduo em avaliação e conheça melhor as suas capacidades, em contextos diferentes (Santos & Morato, 2012a).

#### **2.4.2. Ficha de Avaliação do Comportamento no Meio Aquático**

Aquando da fase de pesquisa de instrumentos para avaliação dos comportamentos e das capacidades em meio aquático deparamo-nos com alguma escassez em termos de documentação validada e, principalmente, adaptada a esta população e à população portuguesa. Assim, visto que a estagiária já estava familiarizada com a ficha, através da realização de uma formação de “Terapia Psicomotora em Meio Aquático”, no ano de 2013, foi pedida autorização à técnica responsável para a sua utilização durante o estágio curricular.

Esta ficha consiste numa *checklist* de registo de competências, cruciais ao desenvolvimento da atividade em meio aquático, e de onde é possível estabelecer um perfil de desenvolvimento e adaptação à intervenção em meio aquático, em todos os domínios que ela implica. Foi criada em 2001 pela Equipa de Atividades Aquáticas da APPC e adaptada da ficha elaborada pela Equipa de Hipoterapia da APPC, coordenada pela Psicomotricista Ana Rita Matias (Matias, Vieira & Giro, 2001).

De entre os itens encontram-se a avaliação da Desinibição Inicial no Meio Aquático (A), das Entradas e Saídas da piscina (B), da execução de Movimentos na Água Dirigidos pelo Terapeuta (C), da capacidade de Equilíbrio e Flutuação (D), da Função Respiratória (E), dos Movimentos Ativos dentro de Água (F) e Grau de Interação (G). Relativamente à cotação, os itens avaliados nesta escala obtêm a pontuação de *Sucesso* ou *Insucesso*. A pontuação Sucesso engloba diferentes níveis de pontuação, que indicam de que forma o indivíduo é capaz de realizar com sucesso a tarefa em análise. Assim sendo, neste nível, as pontuações dos grupos A, B, D, E e F, correspondem a: (4) espontaneamente; (4) independentemente; (3) Ajuda verbal; (2) Ajuda verbal com demonstração; (1) Ajuda de flutuadores; (1) Ajuda física. O grupo C é avaliado em (1) Passividade e, o grupo G, também em (1) Sucesso. O segundo nível de pontuação, insucesso, diz respeito à não realização das tarefas motoras, em meio aquático, com duas pontuações possíveis, nos grupos A, B, D, E e F: (0) Passividade; (-1) Oposição; de uma pontuação no grupo C de (-1) Oposição e também, uma pontuação no grupo G com (0) Insucesso (Matias et al., 2001).

A análise dos resultados é determinada em relação a critério, numa análise extensiva item a item, qualitativamente, e não, como seria de esperar, em relação à norma. Isto ocorre porque, a escala utilizada, ainda não possui percentis de cotação, relativos e normalizados à população portuguesa. Também nesta ficha, a análise comportamental deve ser feita de forma qualitativa, item a item, permitindo uma avaliação mais completa, tendo em conta as características de execução e individuais de cada cliente (Matias, Vieira & Giro, 2001).

#### **2.5. Objetivos da intervenção, estratégias e atividades desenvolvidas**

Após a apresentação dos grupos é possível verificar que, durante a intervenção, a estagiária incidiu a sua planificação sobre quatro grupos distintos: 1a; 1b; 2a e, 2b. Tais grupos diferem ao nível dos elementos constituintes e ao nível do desempenho

nas tarefas, competências e capacidades psicomotoras. Com isto, também os objetivos, atividades e estratégias definidas são diferentes e devem ser implementadas consoante as necessidades comportamentais, motoras, psicomotoras e cognitivas de cada grupo.

Desta forma, após a realização da avaliação e observação psicomotora dirigida aos grupos de apoio, foi possível compreender quais as necessidades e as potencialidades dos grupos e também, de cada um dos seus elementos.

Durante a intervenção psicomotora foram estimuladas, através da mediação corporal e atividade psicomotora, a socialização e minimização de comportamentos desajustados, a componente cognitiva e reflexiva, o bem-estar físico, promovendo a ativação muscular e articular e, minimizar o aumento ou aparecimento dos problemas de saúde aos quais esta população é mais vulnerável.

Tendo em conta a população apoiada pela intervenção e as suas características, vários são os domínios a desenvolver e maximizar, por forma a desenvolver os objetivos delineados e, conseqüentemente, as áreas fortes e menos fortes de cada cliente. Assim, foram implementadas ao longo da intervenção, atividades que visaram a estimulação cognitiva, a promoção das competências motoras e da funcionalidade, a maximização do perfil psicomotor individual, a promoção das componentes afetivas e emocionais e, o desenvolvimento de comportamentos adequados e relacionamento interpessoal e social.

Visto tratar-se de uma população adulta e que está totalmente integrada nas atividades prestadas pela instituição, a intervenção não tem como incidência a promoção do desenvolvimento e estimulação global dos clientes, mas sim, a manutenção da funcionalidade e das competências já adquiridas. Desta forma, as atividades deverão dirigir-se à população adulta e apresentam como principais objetivos: promover a manutenção de uma vida ativa através da aplicação de atividades variadas e diversificadas e, minimizar as consequências do processo de envelhecimento e a perda de competências já adquiridas.

Para o grupo 1a, as atividades a desenvolver centraram-se na estimulação da autonomia no meio aquático, na promoção da adaptação básica ao meio aquático para aprendizagem e assimilação das técnicas de nado, no favorecimento da exploração das suas capacidades de ação e expressão motora, em proporcionar habilidades de ação em situações de cooperação em pequeno grupo e, na melhoria da coordenação e a qualidade de movimento. De um modo geral, com os clientes do grupo mais autónomos no meio aquático promoveu-se, ao longo das sessões, o aperfeiçoamento das técnicas de nado e da coordenação de vários movimentos simultâneos e complexos. Já com os clientes menos autónomos, a estagiária procurou aumentar a autonomia no meio, através de atividades de natação adaptada, recorrendo a vários recursos e apoios físicos e materiais, que foram sendo reduzidos ao longo do tempo.

Relativamente ao grupo 1b, por constituir o grupo mais autónomo a nível motor e com menor necessidades de apoio, as atividades desenvolvidas com este grupo direcionam-se para os desportos coletivos e atividade motora com maior intensidade. Apesar de pertencerem a este grupo dois elementos com paralisia cerebral, nos quais são visíveis algumas limitações motoras e de precisão de movimentos, este tipo de atividades é igualmente realizado, com o objetivo de promover as suas potencialidades e por ser do seu agrado a pertença a este grupo. As suas performances não são diminuídas com a realização destas atividades mas sim, estimuladas, mesmo que por vezes tenham sido adaptadas às suas características motoras.

Desta forma, para este grupo, a estagiária entendeu, com consentimento das orientadoras locais, aplicar em cada mês de intervenção uma temática de trabalho diferente e variada a fim de, permitir a experimentação de diferentes atividades e

modalidades desportivas, por parte de todos os elementos, apreciando os seus gostos e motivações pessoais. As atividades desenvolvidas foram a aeróbica, badmington e de coordenação óculo-manual, andebol, jogos tradicionais e atividades de estimulação cognitiva e raciocínio e de resolução de problemas.

No que concerne ao grupo 2a, as atividades a desenvolver centraram-se na familiarização, adaptação e estimulação da autonomia no meio aquático, na aquisição de um controlo respiratório eficaz, na estimulação do controlo do equilíbrio na vertical a velocidades variáveis e nos vários sentidos do deslocamento, na promoção do desenvolvimento psicológico e motor, necessários para uma atividade equilibrada. Por outro lado, esta intervenção visou a estimulação do desenvolvimento de habilidades motoras, que permitam a escolha da resposta mais adequada às situações apresentadas, no favorecimento da exploração das suas capacidades de ação e expressão motora, em proporcionar habilidades de ação em situações de cooperação em pequeno grupo, visando a integração, em promover a adaptação mental dos clientes às várias situações que vão surgindo e, na melhoria da qualidade da atenção. Mais uma vez, com a cliente mais autónoma deste grupo foi estimulada, mais concretamente, o aperfeiçoamento da sua performance motora no meio aquático. Por outro lado, com os clientes menos autónomos foi promovido principalmente a adaptação ao meio, a autonomia e a concentração e atenção na realização das atividades, ao longo da sessão.

Por último, para o grupo 2b, por se tratar de um grupo com maiores necessidades de apoio, a estagiária decidiu implementar técnicas e atividades terapêuticas preferencialmente centradas ao nível da estimulação de um sistema psicomotor equilibrado e harmonioso, visando aprimorar o grau de concretização dos clientes, em tarefas mais complexas e do dia-a-dia. Assim, as atividades dirigidas a este grupo visaram o desenvolvimento da perceção auditiva, visual e tátil; das capacidades de orientação, no meio, e a orientação de objetos, ao desenvolver a memória espacial e perceptiva e, do trabalho a nível de força muscular, flexibilidade articular e coordenação motora global. Mais ainda, a intervenção solicitou a estimulação do reconhecimento interno e propriocetivo das possibilidades motoras corporais; da componente cognitiva através do trabalho da memória, raciocínio prático, linguagem expressiva e recetiva, atenção e perceção e, o relacionamento interpessoal e interações sociais. Por último, foi ainda trabalhada a maximização das várias competências motoras globais e capacidades corporais, desenvolvendo a coordenação, memória perceptivo-motora, a precisão e avaliação de distâncias e aplicação de força; a componente sensório-motora e de expressão corporal e, a promoção das competências pessoais e sociais e de resolução de problemas. As tarefas incluíram, essencialmente, circuitos de tarefas (trabalho específico ao nível de fatores psicomotores como coordenação, equilíbrio, estruturação espacial e noção do corpo), alguns jogos coletivos, atividades de estimulação cognitiva e, tarefas de controlo postural, aumento da flexibilidade articular e da força muscular.

Para além destes dois contextos essenciais de intervenção, a CERCILisboa estabeleceu um protocolo com o Centro Náutico da Marina do Parque das Nações em Lisboa, a fim de proporcionar um novo contexto de intervenção semanal aos seus clientes. Esta atividade exterior engloba a prática de **Canoagem e Vela Adaptada**, realizada em conjunto com os voluntários do clube náutico e as técnicas de reabilitação e uma monitora. A canoagem é praticada em canoas de dois lugares nas quais os clientes se sentam no assento da frente e as técnicas ou monitoras no de trás, dirigindo a tarefa. Por outro lado, a vela adaptada é orientada por voluntários do clube, com formação na área e no manuseamento do barco à vela.

Durante este ano, esta atividade foi realizada às quartas-feiras, entre as 14h e as 16h por elementos dos três centros da CERCI. Visto que, é uma atividade nova, as técnicas pretenderam dar oportunidade à maioria dos clientes da instituição de

usufruírem dela e, por isso, não foi estabelecido para a sua prática um grupo definitivo. Desta forma, para que todos pudessem experimentar, cada um dos centros realizou a atividade durante um mês, realizando-se a rotação ao final do mesmo. O CTVA experienciou estas práticas durante os meses de Outubro, Janeiro, Abril e Junho, nos quais a estagiária acompanhou uma das técnicas na sua realização, participando ativamente e prestando o apoio necessário aos clientes. O principal objetivo consistiu na promoção de competências das modalidades e aumentar os contextos de aplicação da atividade motora, sendo a estagiária, também, responsável pela assimilação e a aprendizagem dos conceitos inerentes à prática, por parte dos clientes.

Relativamente às estratégias utilizadas, durante a intervenção, ao longo do ano, há a realçar (Bos & Vaughn, 1988; Thompson et al., 2004):

- Adequação das tarefas à idade cronológica, características, gostos, competências e motivações dos clientes;
- Planificação das sessões visando períodos de maior e menor ativação muscular/concentração intercalados;
- Encorajamento à prática de comportamentos adequados, minimizando dificuldades de interação social e práticas desadaptativas;
- Apoios verbal e físico de acordo com as necessidades apresentadas por cada cliente;
- Reforço positivo e feedback;
- Instrução guiada, autoinstrução e demonstração;
- Utilização da assertividade no discurso;
- Ter atenção aos momentos de maior competição entre os clientes, em grupos com menor necessidades de apoio;
- Memorização dos passos e feedback: melhora processos mentais e comportamento cognitivo,
- Contingências grupais e modelação cognitiva;
- Verbalização e pensamento reflexivo.
- Auto e heteroavaliação de comportamentos, competências e atividades.

A estrutura geral das sessões manteve-se sempre constante e semelhante para todos os grupos de intervenção:

- As sessões em meio aquático organizaram-se por: entrada na piscina, ativação geral, atividades específicas e, no final pela atividade final de retorno à calma, com uma tarefa de relaxamento ou atividade livre; e
- As sessões de atividade motora por: diálogo inicial, ativação geral, atividades específicas, retorno à calma e diálogo final. As atividades específicas promovem o desenvolvimento dos objetivos delineados e, o diálogo inicial e final promovem o desenvolvimento de competências de comunicação verbal e não-verbal e de relação interpessoal.

Finalizada a intervenção e aplicação das estratégias necessárias, importa refletir sobre quais os principais resultados e benefícios obtidos.

## **2.6. Análise dos resultados e do processo de intervenção**

Genericamente, é possível referir que a intervenção dinamizada pela estagiária surtiu efeitos positivos tanto nos clientes como na estagiária, em vários domínios desenvolvimentais, tais como: emocional/afetivo, psicológico, comportamental, cognitivo, motor e psicomotor.

Relativamente, ao domínio psicomotor são visíveis melhorias na funcionalidade, na perceção da manutenção de atividade física, organização e execução das ações motoras, aumento do grau de concretização nas tarefas e melhorias na dinâmica de input-elaboração-output, ou seja, nos processos de identificação, seleção, organização, monitorização da solução, integração de feedbacks e estratégias de

resolução dos desafios propostos pela estagiária. Isto foi possível através da dinamização de jogos e atividades coletivas, treino e repetição de ações motoras (lançamentos, passes, corrida, transposição de obstáculos, entre outras), aplicação de atividades de carácter lúdico e adaptado às características dos grupos, partindo de tarefas simples e passando para tarefas mais complexas e desafiantes. De um modo geral, a intervenção neste domínio permitiu trabalhar o objetivo geral a que a intervenção psicomotora se compromete que consiste em melhorar a funcionalidade motora e manter competências psicomotoras já adquiridas, a fim de, retardar efeitos negativos desenvolvimentais, naturais no processo de retrogénese, que possam surgir.

No que diz respeito ao domínio comportamental e social também foram visíveis melhorias, durante as sessões dinamizadas. A intervenção possibilitou melhorias nas relações interpessoais, através da estimulação do trabalho em equipa, cooperação, entreaajuda, perceção das necessidades e dificuldades do outro e interação. Além disso, com o desenvolvimento de atividades e jogos coletivos foram fomentados momentos de competição e maior desafio, aumentando a diversidade de atividades realizadas. Estes momentos foram fundamentais para a diminuição de tensões e gestão de conflitos entre clientes, aquisição e retenção das regras sociais, aumento da capacidade de iniciativa e responsividade social e interação com pares. Mais ainda, foi possível intervir sobre competências de autonomia, realização de funções sociais e de autoconceito, motivação para a concretização de atividades motoras e aumento do investimento emocional e físico nas tarefas e nas interações entre clientes e com a estagiária. Generalizando, durante as sessões foram melhoradas competências sociais e pessoais, mediante a inibição de comportamentos desajustados e desadaptativos, de autorregulação e, de baixa tolerância à frustração.

A nível do domínio cognitivo podem ser apontadas melhorias na comunicação verbal e não-verbal, domínios da atenção, concentração e memória, organização de pensamentos, sequencialização do processamento da informação e, na resolução de problemas. A intervenção permitiu estimular a linguagem recetiva e expressiva, memorização, atenção e concentração e organização de pensamentos sendo realizados ao longo da sessão momentos de reflexão das atividades que iam sendo dinamizadas, da verbalização dos passos pretendidos antes de cada atividade e, de um diálogo final informal em todas as sessões em que foi fomentada a partilha de sentimentos em relação à sessão, memorização de passos e atividades realizadas, no qual todos os clientes deveriam expressar-se verbalmente.

De um modo geral, todos os clientes referenciaram que gostaram das atividades propostas e expressaram agrado com momentos criados pela estagiária.

Contudo, nem todos os momentos da intervenção sucederam conforme o que estava planeado. Em alguns momentos, as estratégias escolhidas não resultaram conforme o esperado e tiveram que ser alteradas e, noutros momentos, apenas uma atividade ou várias tiveram que ser retiradas e modificadas, durante a sessão. Isto ocorreu porque, por vezes os clientes não se encontram disponíveis para a realização de determinadas atividades. Na sequência destes incidentes houve necessidade de realizar momentos de relaxação terapêutica que visaram, principalmente, diminuir tensões sentidas individualmente ou entre vários elementos do grupo e minimizar os comportamentos desajustados apresentados por alguns clientes.

Nos dois grupos de intervenção, no contexto de atividade motora, houve a necessidade de implementar uma atividade de relaxação final, indo ao encontro da motivação dos clientes, objetivando-se a diminuição de tensões, comportamentos desadaptados e desajustados e o retomar de estados tónico-emocionais habituais.

A maioria das atividades, objetivos e estratégias utilizadas surtiram os efeitos pretendidos inicialmente e, possibilitaram uma intervenção adequada e dirigida às



necessidades e dificuldades de todos os elementos dos diferentes grupos de intervenção.

Todas as fases para uma intervenção adequada foram percorridas e ajustadas em termos temporais, para que, fosse possível o ajustamento da estagiária às características do local de estágio e da população apoiada e, fosse por si desenvolvido uma intervenção adequada. A fase de observação psicomotora foi crucial a todo o processo permitindo à estagiária compreender de que formas são implementadas as sessões em psicomotricidade, na instituição, realizar um ajustamento gradual às condições do local de estágio e, por último, conhecer os clientes e criar uma relação empática com todos eles. A partir deste conhecimento e descontração global no local de estágio foi possível escolher os estudos de caso com quem iria desenvolver a sua intervenção, bem como os grupos onde estavam inseridos.

Tudo isto permitiu à estagiária melhorar a sua intervenção e assertividade e, maximizar as suas competências pessoais e profissionais enquanto psicomotricista.

## **2.7. Principais dificuldades e limitações**

Apesar de toda a intervenção e processo de integração tenha corrido da melhor forma, existem sempre constrangimentos que ocorrem e devem ser apontados. Ao longo dos meses de estágio curricular várias foram as dificuldades que foram surgindo e que desafiaram a atuação da estagiária em diversos domínios.

Em primeiro lugar importa referir a **escassez de informação de cariz prático** existente, acerca da intervenção com a população em estudo. Desta forma, torna-se difícil planear contextos práticos de intervenção que tenham já sido corroborados, dirigidos a jovens e adultos com DID, especificamente. Na maioria das vezes, as atividades delimitadas surgem de adaptações de intervenções dirigidas para crianças.

Em segundo lugar, é possível apontar como limitação as dificuldades sentidas na **gestão de tempo e cronograma das atividades de pesquisa e intervenção** a realizar ao longo do estágio curricular. Para que a aplicação de competências profissionais em regime de estágio curricular supervisionado seja adequado, tem que existir um trabalho de pesquisa subjacente, mesmo já tendo sido dadas, no ano letivo anterior as ferramentas necessárias para a avaliação e intervenção neste domínio. Assim, para além da componente prática a que o estágio exige, e que é positivo à integração dos mestrandos em contextos de trabalho concretos, é exigido, ao longo do mesmo a elaboração do relatório formal de todas as atividades. Realizar estas duas tarefas em simultâneo obriga a que o aluno deva organizar e planear rigorosamente todas as tarefas de investigação e intervenção a que tem que dar resposta, durante o 2º ano letivo de mestrado. Deste modo, a principal dificuldade reside na conciliação da planificação das atividades de estágio e, na elaboração do documento formal final.

Por outro lado, evidenciou-se como dificuldade a **necessidade de implementar atividades inovadoras e criativas** para que fosse possível permitir aos clientes a experimentação de contextos novos e desafiantes de intervenção. Visto que, a maioria dos clientes se encontra no centro há vários anos, muitas foram as atividades físicas e psicomotoras realizadas ao longo dos últimos anos. Como tal, com a vinda de um novo reforço humano à intervenção surge a necessidade de serem implementadas e dinamizadas atividades diferentes das habituais, permitindo aumentar a motivação para a realização de atividade física, por parte dos clientes, que por vezes se apresentam desmotivados. Sintetizando, todos os contextos nos quais a estagiária se encontraria naturalmente descontraída tinham sido já experienciados emergindo a necessidade de serem desenvolvidas atividades inovadoras e motivantes.

Ainda outra dificuldade sentida diz respeito à **gestão de conflitos entre clientes e criação de estratégias eficazes e espontâneas**. A intervenção com este tipo de população prevê a ocorrência de comportamentos desadaptativos, desadequados e de

resistência/oposição por parte dos clientes. Contudo, quando certas situações ocorrem é importante a aplicação de uma determinada estratégia, dirigida às características do cliente, a fim de poder minimizar o comportamento desadequado. Assim sendo, importa ter nestes momentos criatividade para implementar estratégias de correção ou reforço inovadoras, pois nem sempre determinada estratégia resulta da mesma forma em diferentes momentos e com o mesmo cliente. A gestão de conflitos entre clientes e a apresentação de comportamentos desadequados exige uma atuação imediata e eficaz por forma a diminuir tensões que possam surgir e que prejudiquem, em certo momento o bem-estar dos clientes envolvidos e do restante grupo. A aplicação de estratégias eficazes e espontâneas torna-se, por vezes uma dificuldade, mas com a frequência em estágios curriculares orientados esta dificuldade vai diminuindo e vai sendo desenvolvida.

Por último, outra das dificuldades sentidas relaciona-se com a **intervenção com grandes grupos**. Neste domínio salientam-se as dificuldades ao tentar atender às necessidades específicas de cada grupo e, principalmente, de cada um dos clientes dos grupos. De modo geral, durante as sessões com grandes grupos, torna-se difícil atender ou retificar as ações e concretizações de todos os clientes. Todos os clientes, genericamente, durante a intervenção vão apoiando e ajudando na realização das tarefas, por parte de clientes com maiores dificuldades, no entanto, cabe à estagiária realizar determinadas correções e aplicar um reforço positivo ou negativo. Neste sentido, é crucial que sejam utilizadas algumas estratégias que visem diminuir estas dificuldades e permitam a harmonia nas intervenções com grandes grupos.

Todavia, apesar de poder constituir uma dificuldade, a intervenção com grande grupo revelou-se positiva. Isto porque, nesta intervenção o fator grupo permitiu motivar os clientes para as atividades e estimular momentos de desafio e competitividade, aumentando a realização de atividade física regular.

## **2.8. Atividades complementares ou de formação realizadas durante os meses de estágio curricular**

Nesta parte do relatório são apresentadas todas as **atividades complementares** em que a estagiária participou, contribuindo para a participação dos clientes nas mesmas e apoio no trabalho desenvolvido pelas técnicas de reabilitação da CERCILisboa. Para além disto, também são referidos os momentos de formação realizados por si ao longo deste ano curricular e que complementaram a sua aprendizagem e dinâmica profissional e pessoal:

- A Atividade de Surf Adaptado, realizada na praia de Carcavelos, junto ao clube de Desportos Náuticos de Cascais, no dia 25 de outubro de 2013, entre as 10h e as 12h. Esta atividade foi organizada pela FENACERCI, com o patrocínio dos jogos Santa Casa, marcando o momento da realização do campeonato mundial de Surf, na mesma praia. Teve como objetivo juntar clientes de vários centros e conceder-lhes a oportunidade de experienciarem esta prática desportiva que, não é acessível a todos de forma regular. A atividade decorreu de forma positiva, tendo sido possível que todos os clientes da CERCILisboa presentes, experimentassem. Durante esta manhã a estagiária experienciou a modalidade e prestou apoio aos clientes dentro de água.
- A Atividade de Vela e Canoagem, realizada às quartas-feiras, entre as 14h e as 16h, do mês de Outubro, Janeiro, Abril e Junho, no clube de vela do Parque das Nações. Esta atividade foi criada em colaboração com o Clube de Vela do Parque das Nações a fim de proporcionar aos clientes de várias instituições a possibilidade de experienciar e manter a atividade de canoagem e vela. Na CERCILisboa a atividade encontra-se incluída nas atividades orientadas pelas técnicas de reabilitação do centro, estando assim incluída nas atividades de estágio.

- A Festa de Natal, realizada no CTVAA, no dia 17 de dezembro de 2013, entre as 14h e as 16h, que constituiu um momento de convívio e partilha entre familiares, colaboradores e clientes. A estagiária assistiu e prestou apoio pontual.
- A Campanha do Pirlampo Mágico 2014, realizada entre os dias 3 e 23 de maio de 2014. Durante este período a estagiária prestou apoio e acompanhou as atividades ocupacionais diárias dos clientes no CTVAA, bem como as refeições e os tempos livres e participou ainda, na venda dos produtos da campanha (em bancas de solidariedade na comunidade);
- As Atividades Intercentros, que dizem respeito a atividades com formato de intercâmbio, dinamizadas e planeadas anualmente por várias instituições e, que visam a promoção do convívio entre os clientes. Nestas atividades a função da estagiária visou acompanhar e apoiar os clientes nas tarefas sugeridas, nas quais participam de forma mais ou menos autónoma, dependendo das suas necessidades. A estagiária teve oportunidade de participar em algumas delas, tais como:
  - 4º Encontro de Ténis, realizado no dia 29 de outubro de 2013, entre as 10h30min e as 12h, nas instalações do complexo de ténis do Jamor e organizado pela CERCI de Oeiras;
  - Encontro Intercentros e Torneio de basquetebol, realizado no dia 20 de novembro de 2013, entre as 10h e as 12h, nas instalações do Pavilhão Desportivo da Ajuda, infraestrutura da Câmara Municipal de Lisboa, organizado pela APPACDM de Lisboa.
  - Encontro Intercentros de Hidroginástica, realizado no dia 2 de dezembro de 2013, entre as 10h e as 12h, nas instalações das Piscinas Municipais do Forte da Casa, organizado pela CERCITEjo.
  - 17º Encontro Intercentros de Futebol 5, realizado no dia 1 de abril de 2014, entre as 10h e as 12h, nas instalações desportivas da CERCIPóvoa, organizado pela mesma instituição.

No que diz respeito aos momentos de formação complementar realizada pela estagiária, apresentam-se os seguintes:

- Participação numa ação de formação “À conversa com... Ana Moraes”, dinamizada pela Secção Estudantil da Associação Portuguesa de Psicomotricidade, na FMH, no dia 19 de fevereiro de 2014, entre as 14h e as 17h. Esta ação consistiu num momento de partilha de experiências entre técnicos e estudantes de reabilitação Psicomotora e, na apresentação da regulamentação e estado atual da formação e prática profissional.
- Participação nas “I Jornadas Internacionais de Psicomotricidade – Práticas Psicomotoras o longo da vida”, promovidas pela Universidade de Évora e Faculdade de Medicina Pierre et Marie Curie, que decorreram nos dias 7 e 8 de março de 2014, em Évora. Estas jornadas contaram com a presença de oradores nacionais e internacionais onde foi feita uma apresentação detalhada de vários tipos de intervenções psicomotoras realizadas com diferentes problemáticas e faixas etárias.
- Participação no workshop “Terapias Expressivas em Intervenção Psicomotora”, organizado pela Secção Estudantil da Associação Portuguesa de Psicomotricidade, na FMH, no dia 12 de Março de 2014, entre as 14h e as 18h. Este workshop foi dinamizado pela Prof. Dra. Luzia Lima-Rodrigues onde apresentou vários exemplos teórico-práticos de exercícios, neste âmbito, com diferentes problemáticas.

Além destes momentos, durante o ano letivo, foram realizadas várias reuniões com a orientadora de estágio académica, Professora Doutora Sofia Santos, com vista à orientação de conteúdos teóricos e práticos, relacionados com as tarefas desenvolvidas pela estagiária.

## **CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO DE DOIS ESTUDOS DE CASO**

Durante as atividades de estágio, a intervenção direta da estagiária foi estabelecida através da escolha de dois estudos de caso. Como já foi referido, apesar de inseridos em determinados grupos de apoio ou intervenção, foi sobre eles que recaiu, de forma mais específica, os momentos de avaliação, de levantamento de dificuldades e possibilidades, definição de objetivos e escolha de atividades e estratégias. A intervenção foi orientada para as suas principais necessidades e expectativas, sem esquecer em nenhum momento as necessidades e gostos dos outros elementos do grupo onde estavam inseridos, promovendo o relacionamento interpessoal e o bem-estar físico a todos os elementos dos grupos. Sempre que possível, os apoios físicos e de reforço ou estimulação foram dados de forma mais individualizada, tanto nas sessões de intervenção psicomotora como nas atividades ocupacionais.

Desta forma, apresentam-se de seguida, os estudos de caso selecionados, com base na recolha de dados e informações provenientes dos seus processos individuais, cedidas pela psicóloga Dra. Inês Melo. O levantamento das informações e avaliações pessoais foi realizado através do cumprimento de regras específicas no que respeita a procedimentos éticos, profissionais e deontológicos. Com isto, os dados apresentados constituem o estritamente necessário para a apresentação de um estudo de caso e, podem ser consultados pelos colaboradores da CERCI de Lisboa, após a autorização da instituição e família ou cuidadores dos clientes, permanecendo a sua identidade protegida.

### **3.1. Apresentação do Estudo de Caso 1**

#### **3.1.1. Dados da anamnese do cliente**

Devido à idade do cliente, muitas das informações cedidas apresentam poucos detalhes, não sendo conhecidas muitas componentes do seu desenvolvimento global. Todavia, é apresentada de seguida uma anamnese com as informações que foi possível retirar.

O estudo de caso 1 nasceu a 22 de dezembro de 1964, tendo atualmente 49 anos de idade. O tempo de gestação respeitou os termos de normalidade sendo de 9 meses e o parto decorreu normalmente em casa mas assistido pelo médico. A gravidez decorreu sem problemas e com a devida assistência médica. No que diz respeito à história desenvolvimental, sabe-se que o cliente se apresentava, aos três meses de idade, muito hipotónico, tendo-se sentado tarde e começou a andar apenas aos três anos de idade. Também por esta altura começaram a evidenciar-se os primeiros sinais deficitários de comunicação verbal. Realizou controlo do esfíncter anal e vesical aos cinco anos de idade. Desde cedo foi diagnosticado com DID não especificada.

Relativamente ao percurso escolar, iniciou-se com a frequência aos 10 anos de idade no Colégio Caminho, onde permaneceu durante 2 anos, seguida da frequência do externato de Sta. Cruz onde esteve durante 12 anos e do qual saiu no ano 1993 por motivos de fecho do colégio. No ano seguinte, 1994, entrou para a CERCI de Lisboa, onde se encontra até ao presente, no CAO do CTVA. Neste centro realiza atividades socialmente úteis, prestando apoio nos serviços administrativos (tirar fotocópias, entrega de correio interno...) e, além destas tarefas participa no teatro e no jornal Vida Ativa (CERCI de Lisboa). Em termos de serviços da instituição de que usufrui encontram-se a fisioterapia, atividade motora, atividade em meio aquático e terapia ocupacional na componente artística.

No que concerne ao contexto familiar, vive com um irmão e sua esposa e passa os fins-de-semana divididos entre as casas dos restantes irmãos. Antes vivia com a

sua mãe, tendo o seu pai falecido há mais tempo, contudo recentemente também a sua mãe faleceu (cerca de um ano), verificando-se a necessidade de se estabelecer em casa de um dos familiares mais próximos, neste caso um dos irmãos, residente em Lisboa. Mantém, contudo uma boa relação afetiva e emocional com todos os irmãos e restantes elementos da família (suas/seus esposas/maridos e sobrinhos). Demonstra bastante interesse pela dança e música e programas televisivos tais como telenovelas e jogos de futebol. Aos fins de semana ajuda no trabalho desenvolvido por um ateliê de fotografia, atividade que lhe dá algum gozo e autonomia. Atualmente, não toma nenhuma farmacologia regularmente.

No que diz respeito ao seu Plano Individual de Intervenção, denominado habitualmente por Projeto de Vida, perspetivado para o triénio 2014-2016 e elaborado em conjunto pela sua gestora de projeto de vida, a terapeuta ocupacional, a psicóloga, as monitoras de atividades ocupacionais e família, destacam-se os seguintes aspetos:

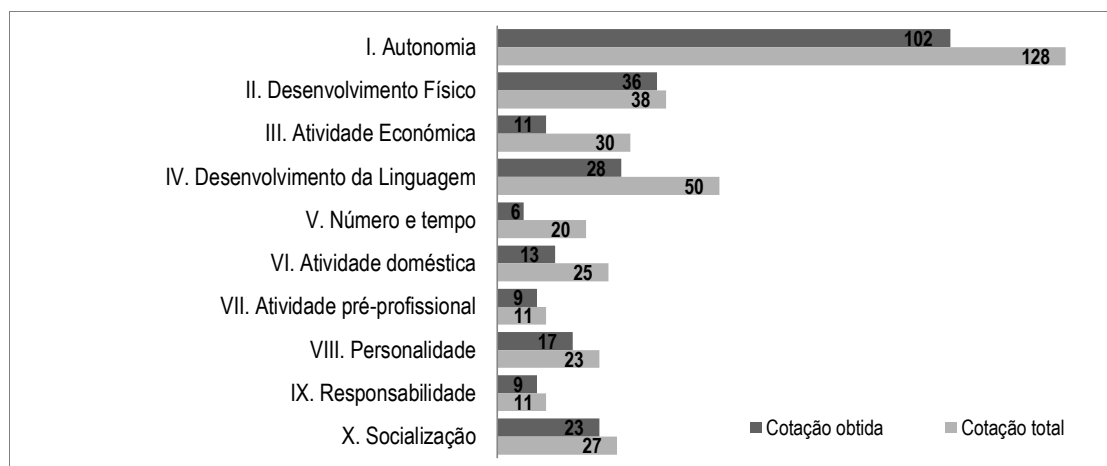
- O cliente integra apenas o CAO do CTVAA;
- A avaliação das necessidades e potenciais foi realizada através da observação direta por parte de todos os elementos envolvidos, recorrendo a avaliações anteriores e, procedendo à aplicação da ECAP e da escala de avaliação da Qualidade de Vida (Organização Mundial de Saúde);
- Os objetivos gerais abrangem os três domínios da qualidade de vida e, evidenciam-se com a necessidade de:
  1. Melhorar a qualidade de vida relativamente ao desenvolvimento pessoal, através da maximização das relações interpessoais, principalmente com outros clientes;
  2. Melhorar a qualidade de vida relativamente ao bem-estar emocional e físico, promovendo a satisfação pessoal nos diferentes contextos de vida, bem como, a manutenção das habilidades psicomotoras adquiridas e, minimização das consequências naturais do processo de retrogénese;
  3. Melhorar a qualidade de vida relativamente à inclusão social, em contexto ocupacional, através da manutenção de atividades estritamente ocupacionais e apoio nas tarefas levadas a cabo pelos serviços administrativos.
- As principais necessidades verificam-se ao nível da manutenção de relações interpessoais adequadas, onde deverá ter um papel mais ativo e por se relacionar com mais facilidade com técnicos do que com outros clientes; minimização de efeitos negativos de saúde a nível físico (dores nas costas e joelhos); manutenção de competências de mobilidade e funcionalidade motora; realização regular de atividades ocupacionais e, apoio nas tarefas dos serviços administrativos, contribuindo para a sua realização pessoal e sentimento de pertença nas atividades da instituição.

### **3.1.2. Resultados da Avaliação Inicial**

As avaliações iniciais realizadas pela estagiária, em conjunto com as técnicas de reabilitação, gestoras de projetos de vida e a psicóloga, permitem complementar o conhecimento global relativamente ao cliente com quem se pretende trabalhar e, completar os seus dados e caracterização, nos diferentes domínios.

As escalas aplicadas são apresentadas em seguida, e apresentam uma comparação por domínios, da cotação obtida pelos clientes e pela cotação total ou pretendida com a aplicação das mesmas.

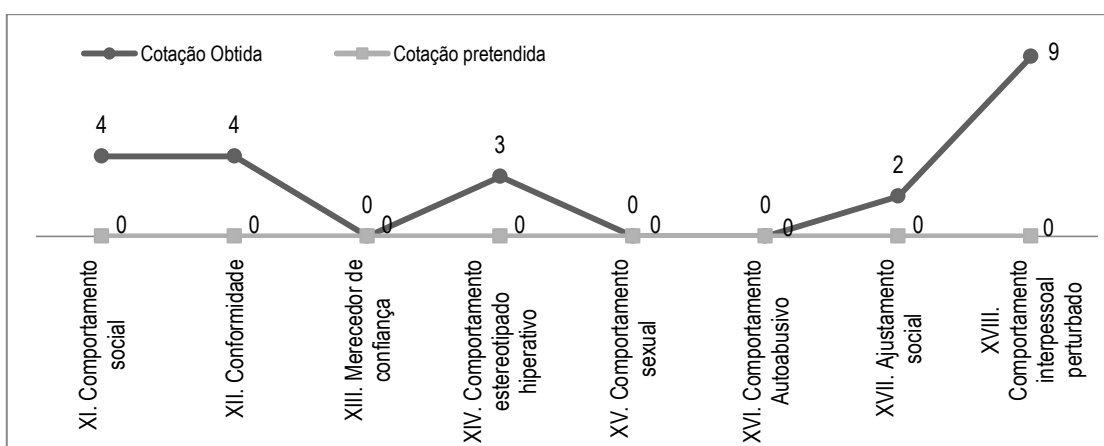
### **Resultados apresentados na aplicação da ECAP**



**Figura 1 - Representação gráfica dos resultados obtidos na ECAP, por domínios, da secção das competências de independência pessoal, para o estudo de caso 1.**

Os domínios *Autonomia*, *Desenvolvimento físico*, *Atividade pré-profissional*, *Personalidade*, *Responsabilidade* e *Socialização* constituem componentes do dia-a-dia onde o cliente apresenta maior autonomia e menores necessidades de apoio. Por outro lado, os domínios *Atividade Económica*, *Desenvolvimento da linguagem*, *Números e tempo* e *Atividade Doméstica*, representam os domínios onde o cliente tem maior necessidade de apoios.

Desta forma, estes últimos representam as áreas onde a instituição deve incidir a sua intervenção, ou seja, as áreas a desenvolver. De acordo com a idade cronológica e rede de suporte de apoio do qual o cliente dispõe, as áreas relacionadas com aprendizagem de números, tempo e atividade económica podem ser estimuladas contudo, o processo de aprendizagem torna-se difícil de assimilar e de ocorrer, nesta fase da sua vida. Assim, conforme os resultados apresentados e a observação psicomotora realizada as áreas a potenciar envolvem a linguagem expressiva; o desenvolvimento físico, devido aos seus problemas de saúde articular e muscular; a autodeterminação e autoconfiança; coordenação global de movimentos; equilíbrio e tonicidade (hipotonicidade); orientação temporal; problemas articulares e musculares e, raciocínio prático e memória.



**Figura 2 - Representação gráfica dos resultados obtidos pela ECAP, nos comportamentos desajustados, para o estudo de caso 1.**

Ao nível dos comportamentos desajustados, o cliente não apresenta condutas desadaptativas que impossibilitem a sua convivência ou bem-estar social. A pontuação positiva apresentada no gráfico não influencia significativamente as suas relações interpessoais pois, não apresenta em nenhuma ocasião comportamentos de ameaça

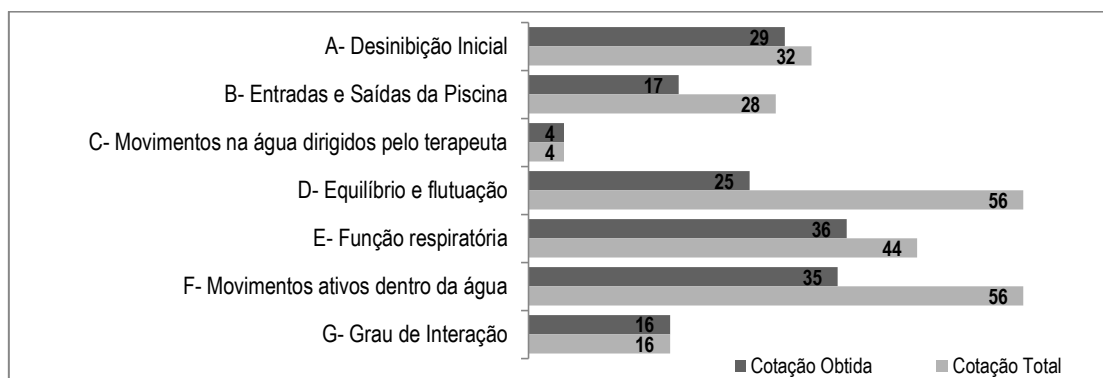
ou violentos, interagindo de forma saudável com o seu envolvimento e não apresentando nenhuma conduta negativa em relação ao convívio com terceiros.

De um modo geral, por vezes apresenta alguns comportamentos que podem ser potencializados tais como: gozar com os outros ou contar frequentemente histórias exageradas ou falsas sobre os outros; violar regras e regulamentos, não prestando atenção às instruções, hesitando muito tempo antes de fazer tarefas atribuídas ou, deixando o local de uma atividade solicitada sem pedir permissão. Este último ocorre quando tem que se dirigir a uma atividade (atividade motora, ateliê de terapia ocupacional...), sendo que por vezes não informa as suas monitoras de que se vai dirigir à mesma ou, quando termina a atividade proposta.

Nos comportamentos estereotipados ou hiperativos, por vezes beija e abraça os outros e rói as unhas. No que concerne, ao comportamento interpessoal, presenciam-se alguns comportamentos que apresentam desajustamento. Casualmente fala acerca de planos futuros não realísticos, fica aborrecido quando criticado e evidencia alterações de humor sem razões aparentes.

O subdomínio relacionado com tendências hipocondríacas, apresenta a cotação máxima sendo apresentados pelo cliente os seguintes comportamentos: queixa-se acerca de indisposições físicas imaginárias, finge estar doente e age como doente depois de a doença ter sido tratada. Prejudicando a sua participação nas atividades que lhe permitem manter uma vida ativa e funcional, não compreendendo por vezes a necessidade de serem implementadas e seguidas por si.

### **Resultados da Ficha de Avaliação do Comportamento no Meio Aquático**



**Figura 3 - Representação gráfica dos resultados obtidos na Ficha de Avaliação do Comportamento no Meio Aquático, para o estudo de caso 1.**

Ao nível da componente A, o cliente revela-se maioritariamente independente e autónomo, mostrando-se à vontade com a intervenção no meio aquático e reagindo positivamente à água. Contudo, as suas dificuldades revelam-se ao nível da capacidade de deslocação no meio e na modificação de planos de ação, sendo necessário manter apoios verbais e físicos moderados e, por vezes, em atividades mais complexas necessita de apoio físico total.

No que concerne ao domínio B, pretende-se verificar o nível de independência ao entrar e ao sair da piscina. Esta independência deve ser analisada através da capacidade funcional do indivíduo ao se deslocar, ao entrar e ao sair da piscina. A este nível o cliente revela-se independente, entrando de forma autónoma na piscina e, respeitando as regras de segurança a que as entradas e saídas estão sujeitas.

Ao nível do domínio C, o cliente apresenta passividade e não oposição. Através da técnica de mobilização articular passiva, é possível observar que o cliente apresenta boa amplitude articular e adequada distribuição do tónus pelos diferentes segmentos corporais. Revela uma boa capacidade de extensibilidade ao nível dos membros inferiores e superiores. Contudo, apresenta alguns problemas articulares e

musculares ao nível da coluna e joelhos. Tais problemas revelam-se através da sua postura e locomoção, dificultando algumas atividades do dia-a-dia e, em tensões musculares a nível generalizado, apenas quando apresenta dores mais intensas.

No meio aquático estas dificuldades são atenuadas e revelam-se apenas por dificuldades em realizar grandes amplitudes articulares, dos membros inferiores, aquando tarefas de maior intensidade (e.g. batimento de pernas para promover a propulsão e deslocação no plano horizontal).

Nas competências de equilíbrio e flutuação verifica-se que o cliente é capaz de manter-se em equilíbrio em tarefas realizadas no plano vertical. Apresenta menor autonomia, em manter o equilíbrio e nível de flutuação adequado em tarefas, realizadas no plano horizontal (decúbito dorsal e ventral), em tarefas nas quais deve mudar de plano e de rotação simultânea. Estas tarefas são assim, realizadas com maior apoio verbal e físico, ou por materiais utilizados na piscina ou pelas técnicas que o acompanham.

No domínio da função respiratória, o cliente demonstra maior autonomia, tendo adquirido formas de controlo respiratório necessário às diferentes atividades no meio, realizando-a sempre que executa tarefas que englobem imersão total do corpo. Contudo, este domínio deve ser desenvolvido e melhorado, a fim de obter maior sucesso em atividades de imersão.

Relativamente aos Movimentos ativos dentro da água revela uma realização independente ou com apoio verbal na maioria dos itens. De um modo geral, o cliente movimenta-se e age no meio aquático de forma autónoma e independente e, quando o grau de dificuldade das tarefas aumenta, é capaz de realizá-las, na sua maioria, apenas com apoio verbal. No entanto, como já foi verificado em domínios anteriores, apresenta menor pontuação, ou seja, uma realização com ajuda física, em tarefas que incluam capacidades de flutuação, equilíbrio, deslocação e aquisição de competências complexas de nado, no plano horizontal.

No domínio Grau de Interação em meio aquático, tal como se verifica no seu dia-a-dia, o cliente demonstra-se, à vontade com a interação com os colegas de trabalho e técnicas. Mantém uma relação adequada, ajustada e positiva relativamente a todas as pessoas que interagem com ele no meio e, colabora e coopera com técnicas e colegas na realização de todas as atividades e jogos. Não apresenta comportamentos desajustados e gosta de ser elogiado e receber feedbacks e reforço positivo, ao longo da realização das diferentes tarefas. Demonstra pretender cada vez mais, uma realização autónoma e independente nas diferentes tarefas.

Em suma, o cliente encontra-se adaptado, ajustado e gosta da intervenção em meio aquático, alegando, principalmente, que este tipo de atividade traz benefícios para a sua saúde, aliviando as suas dores nas costas e joelhos.

### **3.1.3. Planificação da intervenção psicomotora para o estudo de caso 1**

Após a realização da avaliação inicial e, do levantamento das dificuldades, necessidades de apoio e possibilidades do estudo de caso 1, elaborou-se um plano de intervenção com a duração do estágio de competências profissionais e, respeitando a calendarização anual da instituição e funcionamento do centro. Neste plano de intervenção estabeleceu-se um conjunto de objetivos gerais e específicos, pedagógico-terapêuticos, e de estratégias e atividades a serem realizadas pela estagiária, descritos anteriormente na intervenção psicomotora dirigida aos grupos de apoio. Deste modo, a intervenção foi orientada para os objetivos delineados tanto pelo projeto elaborado pela equipa do CTVA, bem como os objetivos criados pela estagiária, após a realização da avaliação inicial e observação em vários contextos.

O programa de intervenção detalhado foi já apresentado no capítulo 2 (2.5), referente à descrição da intervenção psicomotora realizada no CTVA. Contudo, o



programa de intervenção individual elaborado é de seguida apresentado na sua versão resumida com os principais objetivos e metas, para cada um dos contextos de intervenção.

O objetivo geral da intervenção psicomotora realizada pelas técnicas de reabilitação no centro, tal como é referido no enquadramento teórico, consiste em melhorar a qualidade de vida relativamente ao bem-estar físico, através da melhoria da perceção individual sobre a relação entre a aspiração e realização do domínio das competências da atividade física. Possibilitando, desta forma, a minimização da incidência de consequências inerentes ao processo de retrogénese, manutenção das competências já adquiridas e desenvolvidas e, manter os níveis de funcionalidade e autonomia adequados para a realização pessoal do cliente, em todos os contextos em que se insere.

**Tabela 5 - Planificação da intervenção e objetivos terapêuticos da Atividade Motora, para o estudo de caso 1.**

<b>Plano Individual de Intervenção (Projeto de Vida 2014 - 2016 – CERCILisboa)</b>	
<b>Objetivo</b>	- Manter o interesse pela participação na atividade, sem apoio verbal (Meta).
<b>Estratégias</b>	- Reforço Positivo; - Comunicação verbal.
<b>Observações</b>	- Apresenta, por vezes, alguma relutância em realizar as atividades de carácter físico, devido aos seus problemas de saúde.

<b>Intervenção Específica da Estagiária</b>	
<b>Objetivos</b>	- Promover a interação social e relacionamento interpessoal com os colegas do grupo; - Estimular e maximizar a coordenação global de movimentos, com apoio verbal mínimo; - Promover a funcionalidade motora a nível articular e muscular.
<b>Estratégias</b>	- Apoio verbal e físico mínimo; - Reforço positivo; - Feedback; - Adequação das tarefas às suas características, gostos e idade; - Instrução e demonstração.
<b>Observações</b>	- Interage de forma mais significativa com os técnicos do que com os restantes clientes; - Queixa-se de dores nas costas e nos joelhos, inerentes ao processo de retrogénese.

**Tabela 6 - Planificação da intervenção e objetivos terapêuticos da Atividade em Meio Aquático, para o estudo de caso 1.**

<b>PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO (PROJETO DE VIDA 2014-2016 – CERCILISBOA)</b>	
<b>Objetivo</b>	- Manter o seu interesse pela participação na atividade em meio aquático, com apoio verbal mínimo (Meta).
<b>Estratégias</b>	- Reforço Positivo.
<b>Observações</b>	- Apresenta, por vezes, alguma relutância em realizar as atividades.

<b>INTERVENÇÃO ESPECÍFICA DA ESTAGIÁRIA</b>	
<b>Objetivos</b>	- Promover a autonomia no meio aquático, com apoio verbal moderado e apoio físico mínimo.
<b>Estratégias</b>	- Apoio verbal e físico mínimo. - Reforço positivo; - Feedback; - Adequação das tarefas às suas características, gostos e idade; - Instrução e demonstração;
<b>Observações</b>	- Apresenta alguma insegurança ao realizar as atividades.

### **3.1.4. Resultados da intervenção psicomotora e sua discussão**

Após a implementação de todo o processo de intervenção, segue a etapa de avaliação final, que permite finalizar o processo terapêutico e, compreender quais foram os resultados obtidos com a implementação das atividades, estratégias e objetivos, anteriormente delineados.

Visto que, a ECAP constitui um instrumento de avaliação bastante detalhado e extensivo, aplicado de três em três anos pela instituição e que serve de base à planificação das terapias e do Projeto de Vida de cada cliente, este instrumento não foi novamente aplicado nesta fase pela estagiária. Por ter decorrido ainda um tempo reduzido de intervenção psicomotora e, seguindo a organização da instituição, nesta fase é realizada uma monitorização dos objetivos delimitados e não a aplicação extensiva e repetida da ECAP. Neste momento, com a monitorização dos objetivos é possível analisar se estes estão a ser bem desenvolvidos ou, em último recurso se é necessário realizar a sua reformulação. Desta forma, nesta fase foi realizada uma análise qualitativa dos objetivos delimitados inicialmente (tal como é realizado na instituição) e, aplicada a ficha de registo comportamental no meio aquático.

A análise dos objetivos realizou-se através da atribuição de um nível de concretização a cada um dos objetivos específicos, relativamente a cada um dos contextos de intervenção. Deste modo, foi atribuída a pontuação de *Alcançado* (nos casos em que os objetivos foram atingidos e concretizados pelo cliente), *Parcialmente Alcançado* (nos objetivos em que foram alcançados apenas alguns aspetos ou em alguns momentos da intervenção ou poderá ser ainda mais desenvolvido) e *Não Alcançado* (caso o objetivo não tenha sido de todo atingido com a intervenção).

Retratando, especificamente o sucedido, durante a intervenção dirigida pela estagiária, é possível referir que a intervenção com o estudo de caso 1 decorreu entre o dia 16 de dezembro de 2013 e o dia 2 de maio de 2014, tal como previsto. O cliente esteve presente em 12 das 14 sessões planeadas para a atividade em meio aquático e, em 15 das 17 sessões planeadas para a atividade motora e, em duas das sessões realizou apenas uma atividade, ausentando-se do centro pois os familiares foram buscá-lo mais cedo. De um modo geral, todas as atividades foram realizadas e todos os objetivos estabelecidos desenvolvidos ao longo da aplicação das sessões.

**Tabela 7 - Apresentação dos resultados da intervenção para o estudo de caso 1.**

Objetivos estabelecidos no Plano Habitativo		Avaliação final de resultados
<b>Atividade Motora</b>	- Manter o interesse pela participação na atividade, sem apoio verbal (Meta).	<i>Alcançado</i>
	- Promover a interação social e relacionamento interpessoal com os colegas do grupo;	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	- Estimular e maximizar a coordenação global de movimentos, com apoio verbal mínimo;	<i>Alcançado</i>
	- Promover a funcionalidade motora a nível articular e muscular.	<i>Alcançado</i>
<b>Atividade em Meio aquático</b>	- Manter o seu interesse pela participação na atividade em meio aquático, com apoio verbal mínimo (Meta).	<i>Alcançado</i>
	- Promover a autonomia no meio aquático, com apoio verbal moderado e apoio físico mínimo.	<i>Alcançado</i>

No que concerne à atividade motora, tal como é possível observar na tabela 7 o objetivo de *promover a interação social e relacionamento interpessoal com os colegas do grupo* não foi totalmente alcançado. Ao longo das sessões são notórias melhorias ao nível do relacionamento interpessoal. O cliente interagiu com maior frequência com a maioria dos elementos do grupo e, em momentos de trabalho em equipa e cooperação entre pares revelou-se mais participativo, apresentando estratégias de

resolução de problemas, para ultrapassar obstáculos e dando indicações aos colegas para concretizarem de forma mais eficaz as tarefas propostas. Por outro lado, evidenciou comportamentos de entre e interajuda, motivando e apoiando verbalmente os colegas com maiores necessidades. Contudo, tornou-se visível, ao longo da realização das sessões que este objetivo pode ser estimulado para o estudo de caso e, que é capaz de ter mais sucesso no relacionamento interpessoal com os colegas.

Durante a intervenção o cliente mostrou sempre interesse em realizar as sessões e atividades propostas, não apresentando recusas e dirigindo-se, sem apoio verbal, ao ginásio para realizar as mesmas. Inicialmente, este aspeto encontrava-se em défice pois recusava dirigir-se à atividade, o que não foi visível durante a intervenção deste ano.

Ao longo das sessões o estudo de caso mostrou-se participativo, tolerante, colaborou com os colegas e evidenciou melhorias na coordenação motora, na manutenção da concentração e atenção durante a realização das tarefas, interação com colegas, trabalho em equipa e cooperação. Para além destes aspetos, não demonstrou qualquer comportamento desajustado, mantém a calma quando necessário, acata ordens e indicações, respeita colegas e estagiária, tenta diminuir conflitos e sente satisfação quando consegue realizar as tarefas. Necessitou de algum reforço positivo verbal para realizar as tarefas e melhorou em termos de execução motora global.

Importa ainda referir, devido a dores nas costas e joelho, que por vezes apresenta, necessitou de descansar em alguns momentos. No entanto, insistiu sempre em voltar à atividade mostrando-se motivado e interessado em participar. De um modo global, os objetivos delimitados para este contexto foram alcançados com a intervenção.

Relativamente à atividade no meio aquático, são visíveis igualmente algumas melhorias significativas. Mais uma vez, neste contexto o cliente mostrou sempre interesse, vontade, disponibilidade, cooperação com colegas e técnica e participação.

As melhorias são visíveis em todos os domínios devido à intervenção dirigida ao cliente por parte da estagiária. No domínio desinibição inicial, apesar da descontração apresentada inicialmente por parte do cliente, demonstrou melhorias na autonomia no meio, mostrando-se mais desinibido e realizando apenas, alguns tipos de tarefas com apoio físico de materiais. Nas atividades em decúbito dorsal apresenta mais dificuldades, precisando de apoio físico mínimo para se colocar nesta posição e de utilizar materiais para realizar a tarefa.

Ao nível dos movimentos dirigidos pelo terapeuta o cliente apresenta maior confiança mas ainda não consegue descontrair totalmente, nomeadamente nas tarefas de relaxação terapêutica. O domínio equilíbrio e flutuação também se encontram melhorados, sendo o cliente capaz de realizar de forma mais autónoma tarefas em diferentes planos. Seguidamente, o domínio relacionado com o controlo respiratório consiste na tarefa onde são visíveis melhorias mais significativas visto que, realiza as ações de controlo respiratório em todos os momentos de imersão facial ou total do corpo, permitindo aumentar a sua descontração com o meio, diminuir receios e aumentar a sua autonomia na concretização das ações motoras.

O domínio dos movimentos ativos demonstra a evolução do cliente ao longo da intervenção, isto porque, neste aspeto o cliente apresenta-se mais autónomo, gosta de realizar as atividades sozinho, com o mínimo de apoio e concretiza as tarefas de forma eficaz nos dois planos. Importa apenas referir que o plano horizontal, no entanto, constitui o plano de ação no qual o cliente tem mais dificuldades mas esforçasse por realizar ações da forma mais independente possível. Por último, o grau de interação com colegas e técnicas também se encontra, tal como se verifica em todas as sessões

adequado, reunindo as competências pessoais e sociais necessárias para a realização de tarefas e atividades em pequeno e grande grupo.

Neste contexto de intervenção foram observadas muitas melhorias e, a maioria dos objetivos delimitados foi alcançada.

## **3.2. Apresentação do Estudo de Caso 2**

### **3.2.1. Dados da Anamnese do cliente**

O estudo de caso 2 nasceu a 18 de agosto de 1989, tendo atualmente 24 anos de idade. Em termos de características da gravidez e seu desenvolvimento, esta teve a duração de 40 semanas, verificando-se ao 2º mês de gravidez contacto com rubéola e ao 8º mês uma ameaça de aborto. Aquando do nascimento o cliente pesava 3kg e tinha perímetro cefálico de 33cm. Aos 3 meses teve sepse klebsiella (pneumonia causada pelo vírus klebsiella) e, importa ainda referir, a existência de consanguinidade entre os seus pais. No que diz respeito à história desenvolvimental, verifica-se que o cliente apresentou desde início hipertonia dos membros superiores e rotação externa dos membros inferiores, atraso no desenvolvimento psicomotor e dificuldades ao nível do desenvolvimento da comunicação verbal e não-verbal, da aprendizagem e da cognição. Desde cedo foi diagnosticado com DID não especificada, diplegia espástica ligeira e cardiopatia congénita, à qual foi operado e, é referido por alguns médicos o diagnóstico de Síndrome de Noonan. Relativamente a questões médicas, de referir que o cliente fez quatro cirurgias, entre os 4 e os 18 anos, aos pés por ter pé equino varo cavo, possibilitando-lhe uma maior autonomia e funcionalidade motoras, na atualidade.

No que diz respeito ao seu percurso escolar iniciou-se com a frequência aos 6 anos no colégio Decroly. De seguida, andou um ano e meio no Centro de Educação erapêutica do Restelo e, por último deu entrada na CERCI, no dia 28 de março de 2013. Não teve qualquer formação profissional. No CAO do CTVAA não realiza atividades socialmente úteis, realizando apenas atividades estritamente ocupacionais. Em termos de serviços da instituição de que usufrui encontram-se a fisioterapia, atividade motora e atividade em meio aquático.

Ao nível do contexto familiar, vive com os padrinhos em Lisboa e, por vezes, aos fins-de-semana passa alguns momentos com a mãe. O seu padrinho é o principal responsável pela organização do seu dia-a-dia e é várias vezes referenciado pelo cliente.

Atualmente, a medicação tomada engloba a Ritalina, em proporções de 30mg e Risperidona, em proporções de 1mg.

No que diz respeito ao seu Plano Individual de Intervenção, perspetivado para o triénio 2014-2016 e elaborado em conjunto pela sua gestora de projeto de vida a, terapeuta ocupacional com a psicóloga, as monitoras de atividades ocupacionais e a família, destacam-se os seguintes aspetos:

- O cliente integra apenas o CAO do CTVAA;
- Mais uma vez, a avaliação das necessidades e potenciais foi realizada através da observação direta por parte de todos os elementos envolvidos, recorrendo a avaliações anteriores e, procedendo à aplicação da ECAP e da escala de avaliação da Qualidade de Vida (Organização Mundial de Saúde);
- Os objetivos gerais abrangem os três domínios da qualidade de vida e, evidenciam-se com a importância de ser desenvolvido o seguinte:

1. Melhorar a qualidade de vida relativamente ao desenvolvimento pessoal, através da maximização das relações interpessoais, no que diz respeito às

competências pessoais e sociais (resolução de problemas, comunicação verbal e interação social);

2. Melhorar a qualidade de vida relativamente ao bem-estar emocional e físico, promovendo a manutenção das habilidades psicomotoras adquiridas e o desenvolvimento do controlo postural;

3. Melhorar a qualidade de vida relativamente à inclusão social, em contexto ocupacional, através da manutenção de atividades estritamente ocupacionais.

– As principais necessidades verificam-se ao nível da manutenção de relações interpessoais adequadas, na aquisição de comportamentos sociais ajustados e equilibrados; diminuição das condutas desajustadas como agarrar com força excessiva e magoar indiretamente colegas e técnicos, aborrecer-se quando contrariado e chamadas de atenção verbais constantes; promoção de competências linguísticas, ao nível do vocabulário, melhorando a comunicação das suas pretensões; manutenção de competências de mobilidade e funcionalidade a fim de diminuir as suas dificuldades motoras; promoção do controlo postural adequado melhorando a realização das atividades diárias e, realização regular de atividades ocupacionais com apoio verbal e físico moderado.

### 3.2.2. Resultados da Avaliação Inicial

#### Resultados apresentados na aplicação da ECAP

De um modo geral, todos os domínios apresentam algumas dificuldades em termos de competências, sendo observadas algumas necessidades imediatas. Graficamente (figura 4), observa-se que os domínios *autonomia*, *atividade económica*, *desenvolvimento da linguagem*, *números e tempo*, *atividade doméstica* e *atividade pré-profissional* apresentam um desfasamento significativo entre a cotação obtida e a cotação pretendida total. Apenas os domínios *desenvolvimento físico*, *personalidade*, *responsabilidade* e *socialização*, revelam um desfasamento menos significativo entre as duas cotações.

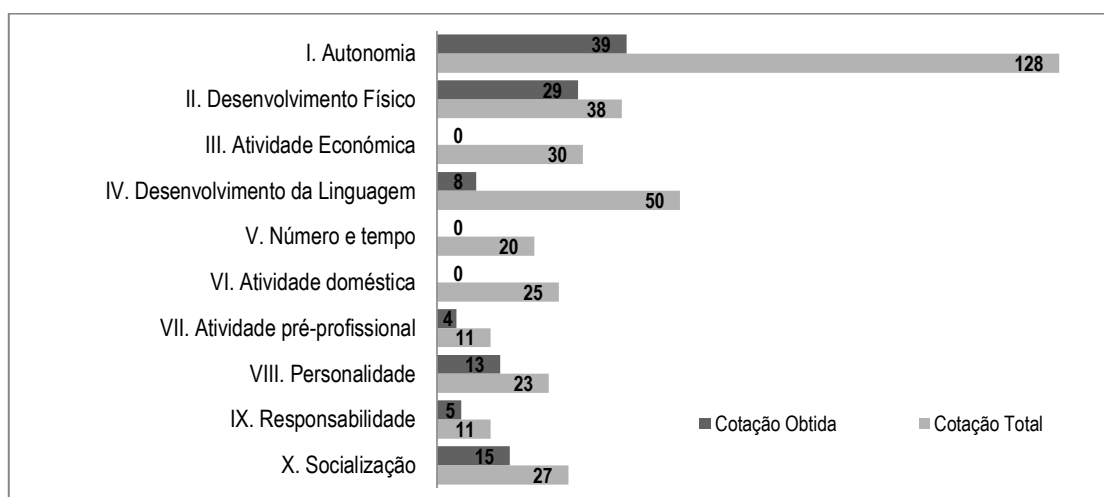


Figura 4 - Representação gráfica dos resultados obtidos na ECAP, por domínios, da secção das competências de independência pessoal, para o estudo de caso 2.

Em termos práticos de intervenção e de suporte de apoios de que o cliente dispõe, alguns dos domínios devem ser mais trabalhados do que outros, quer tenham ou não a pontuação mais adequada, indo ao encontro das suas necessidades atuais e contextuais.

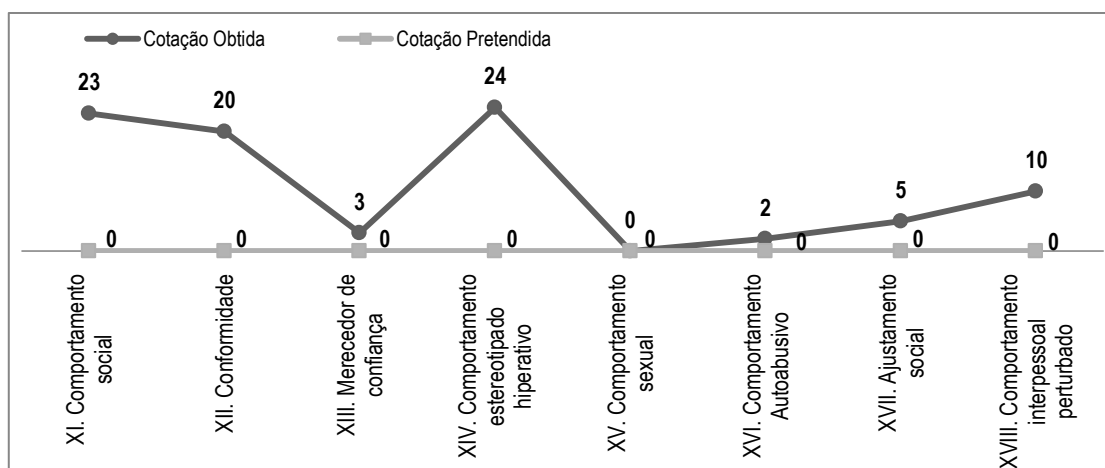
De acordo com a rede de apoios que o cliente possui os domínios *atividade económica*, *atividade pré-profissional* e *atividade doméstica* podem, e devem ser estimulados, contudo não se apresentam como intensamente prioritários, visto que, os

elementos do seu agregado familiar possibilitam um bom suporte. Esta rede de suporte contextual possibilita ao cliente a vivência de atividades diárias adequadas e que respeitam as suas dificuldades, colmatando as suas necessidades.

Os domínios de *autonomia, desenvolvimento da linguagem, números e tempo* devem ser altamente trabalhados a fim de permitir uma ação mais eficaz e ativa nos seus contextos. As necessidades imediatas verificam-se na manutenção e melhoria da sua autonomia motora e afetiva, visto apresentar comportamentos de dependência elevados para a sua idade e possibilidades. De um modo geral, o cliente apresenta competências adequadas de autonomia no dia-a-dia, contudo, em alguns poderá ser melhorada, diminuindo a dependência de apoio físico de terceiros. A comunicação verbal e não-verbal deve ser estimulada por forma a melhorar a comunicação das suas intenções, pretensões e vontades. Além disso, o seu discurso é limitado repetindo as questões, respondendo de forma direta com recurso a pouco vocabulário.

Outros domínios tais como *desenvolvimento físico, personalidade, responsabilidade e socialização*, apesar de constituírem pontos fortes devem ser trabalhados a fim de melhorar as suas interações sociais e minimizar comportamentos que por vezes apresenta (comportamentos de dependência, chamadas de atenção, segurar técnicos e colegas de que mais gosta com alguma força).

Melhorar a sua funcionalidade motora, controlo postural, postura, coordenação global e locomoção é fundamental para a manutenção da sua autonomia nas atividades do dia-a-dia e maximizar a sua ação no contexto familiar e social e o seu bem-estar físico geral.



**Figura 5 - Representação gráfica dos resultados obtidos pela ECAP, nos comportamentos desajustados, para o estudo de caso 2.**

Nestes domínios a pontuação pretendida é nula, ou seja, durante a avaliação destes domínios pretende-se observar quais os comportamentos desajustados que o cliente apresenta, em que o ideal é não apresentar nenhum dos comportamentos em análise e compreender qual a qualidade das suas relações interpessoais e condutas com terceiros.

Os domínios *comportamento social, conformidade, comportamento estereotipado e hiperativo e comportamento interpessoal perturbado* apresentam pontuações significativas, que podem afetar a sua convivência nos diferentes contextos e dificultar o estabelecimento de relações interpessoais adequadas.

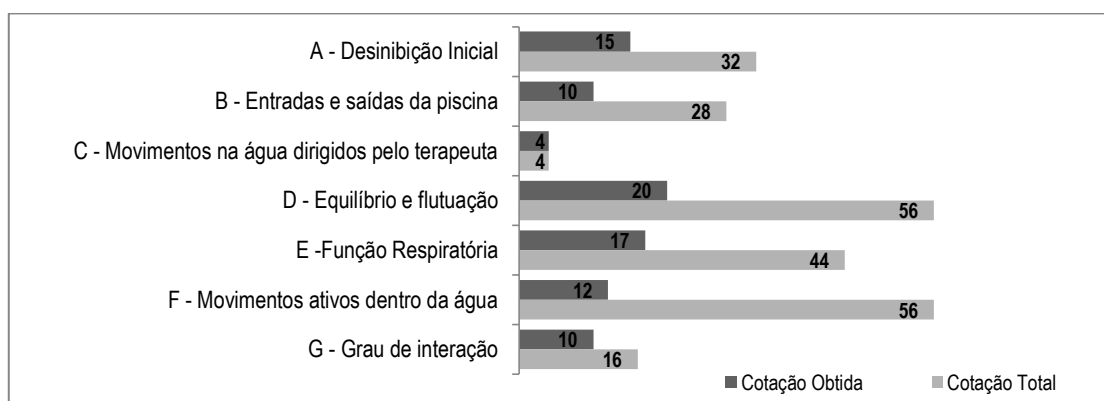
Os principais comportamentos apresentados passam por: magoar indiretamente, agarrando os braços com força excessiva, puxando o cabelo, empurrando, beliscando; chorar e gritar; implicar e gozar com os outros; aborrecer-se quando contrariado e

fazendo birras quando não obtém o que pretende; manter atitudes insolentes face à autoridade; não regressar ao local desejado depois de ir a um determinado lugar; comportamentos estereotipados (roçar as mãos na cara); solicita demasiada atenção e elogios e, parece inseguro ou com medo nas atividades diárias.

Os comportamentos desadequados, da sua parte, evidenciam-se de forma mais significativa quando solicita atenção, é contrariado ou não consegue atingir o que pretende e quando se sente entusiasmado com alguma situação (encontrar um técnico de que gosta, realizar atividades de que gosta). Noutros momentos estas situações não ocorrem com tanta frequência e é possível ultrapassá-los utilizando algumas estratégias.

De um modo geral, devem ser trabalhados os domínios referidos e a minimização dos comportamentos desajustados, insegurança e dependência emocional, por forma a melhorar a eficácia das intervenções específicas e o convívio com técnicos e colegas, tanto na sala, como às refeições e nos momentos de convívio.

### **Resultados da Ficha de Avaliação do Comportamento no Meio Aquático**



**Figura 6 - Representação gráfica dos resultados obtidos na Ficha de Avaliação do Comportamento no Meio Aquático, para o estudo de caso 2.**

Ao nível da componente Desinibição Inicial no meio aquático, o cliente revela-se, inseguro, receoso e tenso, mostrando-se pouco à vontade com a intervenção e interação e reagindo negativamente à água na cara. As dificuldades revelam-se ao nível da insegurança que transmite ao deslocar-se sozinho na água e, em realizar tarefas que envolvam mudança de planos de ação motora, em que a água toque na sua cara e, em imergir totalmente o corpo na água. As atividades são realizadas com constante apoio verbal e físico pois, apenas com este procedimento o cliente se sente em segurança no meio. Em posições e atividades mais complexas, nas quais apresenta maior receio, necessita de maior apoio físico das técnicas e revela elevada tensão muscular, em todos os segmentos corporais, para além, da tensão muscular que o caracteriza (hipertensão dos membros superiores e tronco).

No que concerne ao domínio Entradas e Saídas da Piscina o cliente revela-se independente, mas necessita, como na maioria das tarefas motoras, de reforço verbal positivo e da presença de uma das técnicas. Após sentir maior segurança entra para a água.

No domínio de Movimentos na água dirigidos pelo terapeuta, o cliente apresenta passividade e não oposição. Através da técnica de mobilização articular passiva, observou-se que o cliente apresenta uma amplitude articular diminuída, revelando desadequada distribuição do tônus pelos diferentes segmentos corporais. Apresenta hipertonía dos membros superiores e rotação externa dos inferiores, por ter pé equino varo cavo. Além da elevada tensão muscular inerente à falta de desinibição no meio e insegurança emocional, o cliente revela dificuldades motoras devidas à sua hipertonía e diminuída amplitude articular. Os membros superiores revelam-se

constantemente contraídos (em flexão) e a sua postura e locomoção, deficitária. No entanto, apesar das suas características, as suas atividades do dia-a-dia realizam-se de forma harmoniosa com maior ou menor apoio físico por parte de terceiros.

No meio aquático estas dificuldades são atenuadas e revelam-se por dificuldades em realizar grandes amplitudes articulares dos membros, aquando tarefas de maior intensidade e complexidade, envolvendo mais subtarefas.

Nas competências de Equilíbrio e flutuação verifica-se que o cliente é capaz de manter-se em equilíbrio em tarefas realizadas no plano vertical. Contudo, apresenta menor autonomia e maior insegurança, contraindo-se drasticamente, dificuldades em manter o equilíbrio e nível de flutuação adequado em tarefas realizadas no plano horizontal (decúbito dorsal e ventral). Estas tarefas são então, realizadas com maior apoio verbal e físico, com ajudas materiais ou pelas técnicas que o acompanham. Nestas atividades o cliente revela muita insegurança e receio na sua realização, recusando-se, por vezes em fazê-las.

Na área da Função respiratória o cliente demonstra pouca autonomia e maior necessidade de apoio e reforço verbal. Deverá realizar tarefas que promovam a aquisição de esquemas motores necessários ao controlo respiratório em meio aquático. Por outro lado, apresenta ainda receio em colocar a cara na água e realizar imersão corporal, fator importante para a aquisição de um bom controlo respiratório no meio.

Relativamente aos Movimentos ativos dentro da água o cliente apresenta uma realização dependente, necessitando de maior apoio verbal e físico. Genericamente, o cliente movimenta-se e age no meio aquático de forma independente num plano vertical, apenas em tarefas de deslocação simples. Contudo, quando o grau de dificuldade das tarefas aumenta, é capaz de realizá-las, na sua maioria, apenas com apoio físico. Como já foi verificado em domínios anteriores, apresenta menor pontuação, ou seja, uma realização com ajuda física, em tarefas que incluam capacidades de flutuação, equilíbrio, deslocação e aquisição de competências complexas de nado, no plano horizontal, devido às suas características físicas e insegurança emocional ou por se encontrar ainda numa fase de adaptação ao meio aquático.

No domínio Grau de Interação, o cliente revela-se pouco à vontade com a interação com os colegas de trabalho e técnicas. Mantém uma relação adequada, ajustada e positiva relativamente a todas as pessoas que interagem com ele no meio e, colabora e coopera com técnicas e colegas na realização das atividades e jogos. Contudo, tal como se verifica no seu dia-a-dia o cliente necessita e solicita de forma constante o apoio das técnicas, devido à sua insegurança emocional.

Em suma, o cliente apresenta-se em fase de adaptação ao meio aquático revelando-se receoso e agitado com a intervenção. No entanto, parece gostar deste tipo de intervenção e não se recusa totalmente a fazê-la, revelando apenas insegurança. A intervenção em meio aquático deverá continuar a ser realizada a fim de promover a sua adaptação ao meio e melhorar a sua qualidade de vida nos diferentes domínios, principalmente no domínio motor e psicomotor.

### **3.2.3. Planificação da intervenção psicomotora do estudo de caso 2**

A planificação da intervenção a longo prazo foi já apresentada no domínio da intervenção para os grupos de apoio, sendo que, neste tópico é apresentada uma versão resumida que engloba objetivos, metas e estratégias de intervenção específicas a este estudo de caso.

Neste caso o objetivo geral, delimitado em conjunto pelas técnicas de reabilitação, consiste em melhorar a qualidade de vida relativamente ao bem-estar



físico, através da melhoria da perceção individual sobre a relação entre a aspiração e realização do domínio das competências da atividade física.

A partir do que é identificado na avaliação inicial, existem certos aspetos comportamentais e psicomotores que constituem fatores primordiais na intervenção a longo prazo para o estudo de caso 2. Desta forma, após a realização da observação e avaliação inicial, a estagiária propôs-se a desenvolver, ao longo do estágio curricular os objetivos específicos seguintes, possibilitando a melhoria da sua ação psicomotora nos contextos onde se insere e, a sua integração nas intervenções específicas no ginásio e atividade em meio aquático.

**Tabela 8 - Planificação da intervenção e objetivos terapêuticos da Atividade Motora, para o estudo de caso 2**

<b>Plano Individual de Intervenção (Projeto de Vida 2014-2016 – CERCILisboa)</b>	
<b>Objetivos</b>	- Aumentar o grau de autonomia na concretização nos exercícios propostos, com apoio verbal e físico moderado (Meta);
<b>Estratégias</b>	- Reforço Positivo; - Comunicação verbal.
<b>Observações</b>	- Realiza as tarefas com apoio verbal e físico total.
<b>Intervenção Específica da Estagiária</b>	
<b>Objetivos</b>	- Promover a manutenção da atenção e concentração nas tarefas, com apoio verbal moderado (Meta); - Promover a funcionalidade a nível articular e muscular.
<b>Estratégias</b>	- Apoio Verbal e Físico mínimo. - Reforço Positivo; - Feedback; - Adequação das tarefas; - Instrução e Demonstração; - Verbalização.
<b>Observações</b>	- Apresenta dificuldades em manter a concentração e atenção na realização das atividades.

**Tabela 9 - Planificação da intervenção e objetivos terapêuticos da Atividade em Meio Aquático, para o estudo de caso 2.**

<b>Plano Individual de Intervenção (Projeto de Vida 2014-2016 – CERCILisboa)</b>	
<b>Objetivos</b>	- Aumentar o grau de autonomia na concretização nos exercícios propostos, com apoio verbal e físico moderado (Meta).
<b>Estratégias</b>	- Reforço Positivo; - Demonstração.
<b>Observações</b>	- Realiza as tarefas com apoio verbal e físico total
<b>Intervenção Específica da Estagiária</b>	
<b>Objetivos</b>	- Aumentar a descontração psicológica e muscular e a adaptação ao meio, com apoio verbal moderado (Meta). - Diminuir hipertonia dos membros superiores. - Realizar atividades de controlo respiratório com imersão facial, com apoio verbal e físico moderado (Meta).
<b>Estratégias</b>	- Apoio Verbal e Físico mínimo. - Reforço Positivo; - Feedback; - Adequação das tarefas; - Instrução e Demonstração; - Verbalização; - Mobilizações articulares.
<b>Observações</b>	- Realiza as tarefas no meio aquático com apoio verbal e físico total, por se encontrar ainda numa fase de adaptação ao meio.

### **3.2.4. Resultados da intervenção psicomotora e sua discussão**

Concluído o processo de intervenção terapêutico segue, tal como referido para o estudo de caso 1, a avaliação e análise dos resultados obtidos, procedendo-se à avaliação final. Esta fase permite finalizar o processo terapêutico e, compreender quais foram os resultados obtidos com a implementação das atividades, estratégias e objetivos, anteriormente delineados.

A avaliação final foi realizada exatamente da mesma forma que a do estudo de caso 1, seguindo as mesmas estratégias e, realizando-se uma análise qualitativa dos objetivos delineados inicialmente bem como, a reavaliação das competências e comportamentos no meio aquático.

Analizando, especificamente o sucedido, durante a intervenção dirigida pela estagiária, é possível referir que a intervenção com o estudo de caso 2 decorreu entre o dia 5 de dezembro de 2013 e o dia 28 de abril de 2014, tal como previsto. O cliente esteve presente em 14 das 15 sessões planeadas para a atividade em meio aquático e, em 11 das 12 sessões planeadas para a atividade motora.

De um modo geral, todas as atividades foram realizadas e todos os objetivos estabelecidos desenvolvidos ao longo da aplicação das sessões.

**Tabela 10 - Apresentação dos resultados da intervenção para o estudo de caso 2.**

Objetivos estabelecidos no Plano Habilitativo		Avaliação final de resultados
<b>Atividade Motora</b>	- Aumentar o grau de autonomia na concretização nos exercícios propostos, com apoio verbal e físico moderado (Meta).	<b>Alcançado</b>
	- Promover a manutenção da atenção e concentração nas tarefas, com apoio verbal moderado (Meta).	<b>Parcialmente Alcançado</b>
	- Promover a funcionalidade a nível articular e muscular.	<b>Alcançado</b>
<b>Atividade em Meio aquático</b>	- Aumentar o grau de autonomia na concretização nos exercícios propostos, com apoio verbal e físico moderado (Meta).	<b>Parcialmente Alcançado</b>
	- Aumentar a descontração psicológica e muscular e a adaptação ao meio, com apoio verbal moderado (Meta).	<b>Alcançado</b>
	- Diminuir hipertonia dos membros superiores.	<b>Alcançado</b>
	- Realizar atividades de controlo respiratório com imersão facial, com apoio verbal e físico moderado (Meta).	<b>Alcançado</b>

Relativamente, à intervenção psicomotora no contexto de atividade motora, tal como é apresentado na tabela 10, o objetivo *promover a manutenção da atenção e concentração nas tarefas, com apoio verbal moderado*, não foi totalmente alcançado. Isto verifica-se porque o cliente realiza as atividades com maiores níveis de atenção e concentração, porém, é necessário aplicar apoios verbais constantes, para que se mantenha atento na concretização dos exercícios. De um modo geral, é possível observar que o cliente se distrai com menor facilidade e mantém-se concentrado nas tarefas durante mais tempo. No entanto, tal ocorre devido à aplicação de algumas estratégias dirigidas ao seu comportamento. De entre as estratégias mais utilizadas incluem-se a eliminação de estímulos externos às sessões, diminuição da atenção dada por outros técnicos que não estejam a trabalhar com ele no momento e, realização de reforços verbais positivos constantes que o incentivam à continuação da realização das tarefas. Outra estratégia que surtiu grande efeito ao longo das sessões foi retirar do campo de visibilidade e até mesmo da sessão a técnica responsável, Dra. Mónica Stevens pois, aquando a sua presença o cliente distrai-se, chamando verbalmente e constantemente a sua atenção e não realizava as tarefas propostas.

Por outro lado, os restantes objetivos delimitados para este contexto de intervenção foram alcançados com sucesso pelo cliente e pela estagiária. O objetivo *aumentar o grau de autonomia na concretização nos exercícios propostos, com apoio verbal e físico moderado* revela-se atingido pois o cliente atualmente é mais autónomo na realização dos exercícios e realiza-os logo após a instrução dada pela estagiária individualmente. O objetivo relativo à *promoção da funcionalidade a nível articular e muscular* foi alcançado pois foram realizadas ao longo de todas as sessões atividades dirigidas a esta problemática. Foi possível observar a diminuição da hipertonia dos membros superiores, realização de exercícios de coordenação motora com maior amplitude articular, manutenção de uma postura adequada com apoio verbal mínimo, através da relaxação da tensão dos membros superiores em momentos de descontração.

Ao longo da intervenção, mostrou interesse em realizar as atividades e dirigiu-se à sessão, sempre sem apoio verbal e, de um modo geral, realiza as tarefas com apoio verbal mínimo e físico moderado, dependendo das tarefas propostas e atendendo às suas características motoras. Aumentou a sua participação e observam-se melhorias na coordenação motora global, manutenção da concentração e atenção, interação com colegas e trabalho em equipa, no respeito pelas regras e organização das atividades, satisfação com a realização de atividade motora e disponibilidade afetiva e comportamental.

Por vezes, apresentou comportamentos desajustados, que lhe são característicos tais como: agarrar os braços da estagiária com força excessiva e chamadas de atenção verbais constantes. Tais comportamentos afetaram a realização de algumas sessões, principalmente, as iniciais pois prejudicava os estados de concentração, atenção e disponibilidade por parte de todo o grupo. Com o desenrolar das sessões estes comportamentos foram sendo contrariados através da implementação de algumas estratégias por parte da estagiária. Entre elas destacam-se: manutenção constante e sem pausas do cliente em atividades motoras; organização de um esquema habitual de sessões e realização de uma atividade de relaxamento no final de todas as sessões.

A diminuição da realização destes comportamentos constitui um objetivo geral para a sua intervenção na instituição e, como tal, também deve ser estimulada durante as sessões de atividade motora. Além disso, com a diminuição destes comportamentos o cliente poderá atuar de forma mais apropriada para si nos contextos sociais em que se insere, nomeadamente nas sessões de atividade motora.

De um modo global, com a implementação das sessões de intervenção psicomotora foi possível perceber que o cliente apresenta capacidades psicomotoras possíveis de serem estimuladas e desenvolvidas, aumentando o seu bem-estar geral. As competências de concentração, atenção, coordenação global, equilíbrio, estruturação espacial e temporal, resolução de problemas práticos e simples e hipertonidade devem ser estimuladas em próximas intervenções, através da aplicação de reforços verbais adequados e dirigidos a si, pois permitem melhorar o bem-estar físico, emocional e social do cliente.

No que diz respeito à atividade em meio aquático, é possível afirmar que são apresentadas melhorias nas cotações da escala aplicada. Apesar do cliente não participar há muito nas sessões em meio aquático, apresentou, ao longo da intervenção interesse, disponibilidade e entusiasmo.

Desde o início do processo evidenciou alguns receios, principalmente quando se encontrava dentro da água e, não com tanta intensidade no seu exterior, pois mantinha-se entusiasmado com a atividade. A sua insegurança afetiva é uma constante nos vários contextos em que se encontra, na instituição, realizando chamadas de atenção

constantes. Tal também se verificou dentro de água, acrescido ao receio que o cliente apresenta no meio.

Contudo, conforme iam decorrendo as sessões os seus receios para com o meio e a realização das atividades foi diminuindo, estando o cliente, atualmente mais descontraído com o meio. Inicialmente o cliente não circulava na água, em nenhuma forma de locomoção, sem apoio físico de materiais ou técnicas (e.g. apoio na borda da piscina, mãos e braços da estagiária, boias divisórias das pistas...) porém, em contrapartida, o cliente, nas últimas sessões já se apresenta mais autónomo, descontraído e explora sem apoio físico ou verbal as suas capacidades no meio, treinando o controlo respiratório e a imersão fácil, individualmente, na tentativa de mostrar as competências adquiridas no meio.

Durante as sessões, as três fases desenvolvidas pela estagiária, pelo fato de o cliente se encontrar numa fase inicial de interação com o meio, consistiram na adaptação física, mental e emocional ao meio ou adaptação polissensorial, conhecimento corporal das suas competências no meio, através do trabalho de imersão facial e total e diferentes formas de deslocação no meio e, por último, treino do controlo respiratório. Importa ainda referir que, as três fases não ocorreram de forma segmentada mas sim em simultâneo, por forma a tornar a intervenção diversificada em termos de atividades e, por compreender que as três fases devem ser desenvolvidas em simultâneo permitindo um processo de aprendizagem mais eficaz.

Analisando os objetivos delimitados observa-se que, todas estas fases foram percorridas, como estabelecido e, apenas um dos objetivos não foi totalmente alcançado. Isto ocorre porque, o cliente não é ainda capaz de realizar a maioria das tarefas sem o apoio verbal constante e físico total pois, apesar de ter melhorado a sua autonomia, o cliente apresenta algum receio em realizar algumas tarefas. Relativamente aos restantes objetivos estes foram bem-sucedidos sendo que, a intervenção dirigida ao cliente realizada permitiu aumentar a descontração global do cliente no meio, diminuir a hipertonicidade apresentada ao nível dos membros superiores, através da descontração muscular progressiva e, a realização constante de tarefas de controlo respiratório que, permitam ao cliente progredir para outras fases de aprendizagem, dirigidas às suas dificuldades globais.

Relativamente às competências avaliadas no meio aquático é possível referir que, de um modo geral todas competências foram melhoradas, com diferentes intensidades. Os domínios desinibição inicial, equilíbrio e flutuação, respiração e interação foram aqueles que apresentaram melhorias significativas, através do que já foi referido. Todavia, os domínios Movimentos Dirigidos pelo Terapeuta e Movimentos Ativos do Cliente não revelaram um desenvolvimento de ação tão significativo pois, o cliente ainda se encontra tenso quando são realizados movimentos passivos e, apresenta receio em atividades de deslocação no plano horizontal e por vezes vertical.

Estas competências devem ser desenvolvidas em estágios de intervenção posteriores e mais avançados.

## **CAPÍTULO 4 – PROJETO DE INVESTIGAÇÃO “INCIDÊNCIA DE FATORES DE RISCO OCUPACIONAL EM CUIDADORES FORMAIS”**

### **4.1. Objetivo, definição e pertinência do estudo**

A implementação de um projeto inovador, de domínio interventivo ou de investigação, surge como proposta académica e tem como principal objetivo aumentar a participação das estagiárias no local de estágio escolhido, fomentando a criatividade, sentido de oportunidade e iniciativa. Com este projeto pretende-se que a estagiária conceba e implemente, de forma autónoma um projeto inovador à sua escolha, no local onde realizaram as suas atividades de estágio.

O projeto de ação, escolhido pela estagiária, tem como principal objetivo identificar e analisar variáveis caracterizadoras da qualidade de vida de cuidadores formais. Neste sentido, foi aplicado um questionário aos colaboradores e técnicos da CERCIL de Lisboa, que permitisse identificar as suas necessidades emocionais, sociais e físicas, que derivam do trabalho desenvolvido no apoio a pessoas com DID e multideficiência.

Como é possível observar atualmente, sobretudo a nível europeu, compreende-se a importância de averiguar as condições de qualidade de vida dos profissionais que lidam e trabalham junto de populações com necessidades de apoio formal e informal, onde se inserem as dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. Verifica-se que, cada vez mais, os profissionais, nomeadamente nas áreas sociais e de saúde, demonstram maiores níveis de stresse, desgaste físico e emocional, devidos às suas áreas de intervenção (Eurofound - Fundação Europeia para a melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, 2012).

Desta forma, torna-se importante estudar quais os sintomas que daí surgem, quais as suas necessidades e, de que forma estes profissionais gostariam de ver algumas situações minimizadas ou que soluções de intervenção poderiam ser implementadas.

### **4.2. Enquadramento teórico**

Ao longo do desenvolvimento das várias sociedades, o setor da saúde sofreu um grande crescimento, permitindo, em conjunto com setores financeiros e económicos, a criação de redes de apoio, dirigidas a pessoas com necessidades, cada vez mais eficazes, melhorando a sua qualidade e a esperança média de vida. Todavia, apesar das mudanças positivas, problemas de saúde podem surgir e, a qualidade de vida dos indivíduos ser afetada. Neste sentido, deparamo-nos muitas vezes com situações de dependência e perda de autonomia, não sendo capazes de cuidar de si, num ou em vários domínios da sua vida, evidenciando-se, neste momento, o papel do cuidador, fundamental à melhoria da qualidade de vida das pessoas com necessidades de apoio (Arnault & Goltz, 2014).

A necessidade de cuidado surge, principalmente, quando o indivíduo é incapaz ou realiza com dificuldade as atividades da vida diária, essenciais para uma participação social ativa nos contextos em que se insere e que permitem desenvolver-se de forma autónoma e eficiente a nível pessoal e social. Tais cuidados prestados, derivam de vários grupos principais, tais como: Governamental (lares residências, hospitais...), familiar, Instituições Particulares de Solidariedade Social ou serviços privados, entre outros (Rogero-García, 2009).

Segundo o autor acima citado, os cuidados de saúde são compostos por dois sistemas essenciais distintos: os cuidados formais, constituídos pelas instituições, serviços e profissionais de saúde, que prestam apoios especializados, técnicos ou sociais e, por outro lado, os cuidadores informais constituídos, essencialmente, por

elementos da família, amigos e vizinhos. Concretamente, o conceito de cuidador informal é caracterizado pelos apoios prestados voluntariamente, de forma não remunerada e organizada, pelas redes de apoio social mais presentes e diretas na vida do indivíduo com necessidades. Nestes casos os cuidados englobam apoios materiais e físicos, informativos e emocionais, de forma não especializada (Zarit et al, 1980). Noutro sentido, os cuidados formais são definidos pela aplicação de tarefas de cuidado especializado e técnico tais como ação social, terapias, enfermagem, medicina, entre outros, caracterizados por atividades remuneradas, nas quais os profissionais, através da aplicação dos seus conhecimentos, permitem melhorar o dia-a-dia e qualidade de vida do indivíduo (Rogerio-García, 2009).

O grupo dos cuidadores formais constitui, desta forma, o foco de estudo deste projeto, sendo analisada a sua qualidade de vida e necessidades gerais que derivam do trabalho por si realizado.

#### **4.2.1. Impacto profissional na qualidade de vida de cuidadores formais**

O tema do stresse tem ganho algum relevo e preocupação por parte das investigações científicas recentes e sistemas internacionais de saúde. Assim, as suas conceções atuais, identificam-no como o desequilíbrio existente entre as exigências externas ao indivíduo e a sua capacidade para as superar, revelando-se em distúrbios emocionais, comportamentais e cognitivos que, afetam, significativamente, o bem-estar físico e psicológico e qualidade de vida do indivíduo (Frimodt, 2003).

Como é apresentado por Frimodt (2003), o stresse pode consistir num fator positivo e estimulante ao desenvolvimento global do indivíduo. Este tipo de stresse possibilita ao mesmo aplicar-se e agir sobre as dificuldades, permitindo que evolua e aumente os seus recursos pessoais de ação. No entanto, se uma situação de stresse for vivenciada durante um período de tempo prolongado e, no qual o indivíduo não tenha a possibilidade de se recompor física e psicologicamente, poderá surgir uma situação de stresse grave, prejudicial ao bem-estar geral do indivíduo.

Nos vários locais de trabalho estas situações ocorrem com frequência e, o stresse relacionado com o trabalho (stresse ocupacional) constitui, na Europa o segundo problema de saúde mais comum originado pelo trabalho, logo após os problemas da coluna vertebral, afetando 28% da população. Neste sentido, o stresse ocupacional é experienciado quando as exigências ambientais do local de trabalho excedem as capacidades dos profissionais em superá-las ou controlá-las. Tais exigências podem ser de carácter quantitativo (quando a carga de trabalho supera o horário e possibilidades de trabalho do profissional), físico, cognitivo e/ou emocional (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2003).

A mesma agência acrescenta que, existem três elementos que, quando combinados desempenham uma influência significativa sobre a incidência de stresse ocupacional. São elas: 1) as exigências que derivam do trabalho: corporais e mentais; 2) os recursos pessoais do indivíduo para responder e ultrapassar as dificuldades e; 3) o suporte e assistência do envolvimento (no trabalho, familiar e social).

Desta forma, especificamente, no setor da saúde e ação social, também o risco de incidência de stresse ocupacional e/ou seus sintomas é significativo e, este facto deriva, principalmente, das características de trabalho evidenciadas pelos cuidadores formais. Este setor apresenta elevada carga horária, elevadas exigências emocionais e físicas no dia-a-dia, contacto com várias populações com necessidades de apoio especializado e permanente, maior necessidade de trabalho em equipa e cooperação, situações relevantes de regime de part-time, horários de trabalho longos e atípicos (e.g. trabalho por turnos, emergências) e, influência de códigos de ética rígidos (Eurofound, 2012).

Genericamente, segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2007), para que haja sucesso nos diferentes contextos e equipas de trabalho, importa haver um equilíbrio entre várias componentes: sociais, psicológicas de cada indivíduo e de organização do trabalho. Tais componentes correspondem a fatores psicossociais do trabalho que podem desempenhar um papel de coerência ou de risco de aparecimento de problemas de saúde geral e qualidade no trabalho dos profissionais. Na ocorrência de influências negativas para a qualidade de vida dos mesmos, os fatores psicossociais referidos tornam-se em elementos de risco para as suas vidas.

Assim, a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2007), reuniu, ao longo dos últimos anos, um conjunto de fatores que, geralmente conduzem a problemas de saúde física e psicológica, stresse ocupacional e menor qualidade de vida nos profissionais, que são igualmente verificados nos contextos de trabalho dos cuidadores formais. Os principais fatores de risco psicossocial correspondem a:

- Organização e local de trabalho;
- Falta de autonomia na tomada de decisões e de resolução de problemas imediatos;
- Ritmos e carga de trabalho exigentes e atípicos;
- Novas formas de contrato de trabalho e contratos de trabalho precários no contexto de instabilidade de mercado;
- Aumento da vulnerabilidade dos trabalhadores no contexto de globalização;
- Envelhecimento da população ativa;
- Sentimentos de insegurança no trabalho;
- Intensificação do trabalho e elevadas exigências emocionais no trabalho;
- Aumento do horário de trabalho;
- Pobre equilíbrio e conciliação entre a vida profissional e familiar.

Tal como é referido em cima, alguns destes fatores de risco são observados neste setor, de forma significativa, relativos aos dados apresentados no 5º relatório europeu para as condições de trabalho (Eurofound, 2012). Desta forma, com estas situações revelam-se maiores riscos de ocorrência de problemas de saúde, a nível físico, afetivo e psicológico, menor qualidade de vida e, dificuldades no domínio social. Este setor evidencia-se pela necessidade de implementação de estratégias que visam melhorar a sua qualidade de vida, através de condições de trabalho adequadas e com exigências globais equilibradas (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2003, 2007; Eurofound, 2012).

#### **4.2.2. Principais problemas e necessidades apresentadas pelos cuidadores**

Na ocorrência de stresse ocupacional, vários são os sintomas e problemáticas evidenciadas, que colocam em causa o equilíbrio entre os vários domínios de desenvolvimento do profissional e, que lhe permite atuar nos vários contextos onde se insere (Shirom, 2003).

A evidência desses sintomas depende de vários fatores que, interagem entre si e possibilitam ou não o surgimento dos mesmos. Contudo, a nível europeu foram já definidos vários componentes que permitem ou não o aparecimento de problemas de saúde. Entre eles encontramos os fatores genéticos, as experiências pessoais e laborais anteriores, fatores sociodemográficos, envolvimento, psicológicos, domínio comportamental de cada indivíduo, qualidade das relações interpessoais, qualidade de suporte social (suporte familiar, social, recursos médicos) e, recursos de coping e resolução de problemas. De um modo geral, se houver um desequilíbrio entre eles, as situações de stresse e os seus sintomas podem surgir (Shirom, 2003).

Especificamente, os principais sintomas observados a nível fisiológico dizem respeito a valores de pressão arterial alterados, problemas nos sistemas cardiovascular, respiratório e imunológico e, dores de cabeça e pescoço significativas.

Por outro lado, a nível físico são observados problemas no sistema músculo-esquelético, dores nas costas, cansaço e fadiga generalizados e, dificuldades de locomoção e deslocação. Na observação do domínio comportamental são acentuadas as faltas ao trabalho, diminuição da produtividade no local de trabalho, acidentes de trabalho, maior taxa de absentismo, mau ambiente entre colegas de trabalho, desmotivação, aumento de rotatividade de funções e de situações de conflitos, greves e agressões. Relativamente ao domínio psicológico verifica-se a ocorrência de problemas de ansiedade, irritabilidade, perturbações no sono, aumento de sentimentos negativos em relação ao trabalho, cansaço mental, stresse generalizado e burnout. Por último, importa referir que, também as relações sociais e domínio interpessoal se encontra fragilizado, diminuindo o nível de adaptação social do indivíduo e, manutenção de relações sociais saudáveis e equilibradas (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2000).

No que concerne ao setor em estudo neste projeto, os cuidadores formais, também estes sintomas são observados e referidos por alguns estudos. De um modo global, estes técnicos apresentam, devido ao tipo de trabalho realizado, problemas no domínio psicológico, fisiológico, físico e de satisfação com o trabalho. As exigências físicas e emocionais excedem a organização e plano de trabalho desenvolvido por estes técnicos e, por isso, evidenciam-se várias problemáticas. Entre elas, observa-se a existência de elevados níveis de ansiedade, depressão, perturbações do sono, irritabilidade, problemas nos sistemas músculo-esquelético, cardiovascular e imunológico, dificuldades de socialização e manutenção das relações interpessoais, burnout, cansaço e fadiga generalizados, dificuldades de resolução de problemas e técnicas de coping, problemas no local de trabalho e entre profissionais. Em suma, os cuidadores formais apresentam níveis de interferência elevados entre a componente profissional e familiar/pessoal, revelando problemas de foro mental, físico e social e, prejudicando, severamente, o seu desenvolvimento pessoal e profissional (Brotheridge & Grandey, 2002; Johnson et al., 2005; Shirom, 2003).

#### **4.2.3. Intervenções e estratégias para reduzir o stresse ocupacional**

Após a verificação por parte das entidades europeias e internacionais e comissões científicas de renome da importância deste tema, várias foram sendo as estratégias e intervenções apresentadas, que visam reduzir os efeitos negativos do trabalho na vida dos profissionais (Klink, Blonck, Schene & Dijk, 2001; Shirom, 2003).

Atualmente, é possível categorizar três tipos de intervenção, direcionadas para a diminuição do stresse ocupacional e seus efeitos negativos: as intervenções primárias, secundárias e terciárias. Primeiramente, as intervenções primárias, consideradas preventivas, têm como objetivo prevenir a exposição dos profissionais aos fatores de risco psicossocial, na tentativa de eliminar ou reduzir a sua incidência no local de trabalho. As estratégias neste tipo realizam-se a nível organizacional, através de planos ergonómicos das condições de trabalho. Em segundo lugar, temos as intervenções secundárias que visam a melhoria dos recursos profissionais no trabalho, i.e., a alteração das ferramentas de que o indivíduo dispõe para enfrentar os fatores de stresse, permitindo melhorar as suas respostas face aos estímulos que vão surgindo no dia-a-dia. Esta intervenção utiliza formas de gestão e resolução de problemas, melhoria de habilidades psicossociais e, constitui a principal forma de intervenção por parte das organizações. Por último, as intervenções terciárias são aplicadas após a verificação da existência de sintomas e, visam minimizar os efeitos negativos do stresse existentes (Martins, Mendes & Gameiro, 2007; Shirom, 2003).

Contudo, a implementação de formas de redução de stresse são ainda limitadas visto não existirem formas de avaliação validadas que permitam tirar conclusões significativas, acerca dos efeitos da implementação de programas de intervenção nesta temática. Considera-se, atualmente, após o levantamento de sintomas e resultados, que a metodologia de avaliação deve conter várias variáveis, por forma a



reduzir todos os fatores de risco, em todos os domínios. As avaliações devem incluir variáveis como benefícios financeiros, satisfação com o trabalho, fatores de stresse, performance individual e de equipa, absentismo e sintomas relacionados com a saúde e qualidade de vida dos profissionais. Isto significa que, idealmente, uma boa avaliação dos programas de intervenção deve conter todas as dimensões que influenciam positiva ou negativamente a qualidade do trabalho dos profissionais (Klink et al., 2001; Shirom, 2003).

Todavia, é possível apresentar algumas intervenções já estudadas e implementadas e que evidenciam algumas melhorias nas organizações, envolvendo parte das variáveis apresentadas (Klink et al., 2001; Shirom, 2003).

Em primeiro lugar, existem as intervenções direcionadas para a redução antecipada dos fatores de risco ocupacional, que visam primordialmente controlar variáveis negativas para o equilíbrio profissional e familiar (Klink et al., 2001; Shirom, 2003). De entre estas intervenções ressaltam as que se dirigem ao controlo de fatores de risco para a saúde e bem-estar, as que visam aumentar a participação e autonomia na tomada de decisões, reduzindo problemas na equipa de trabalho e conflitos e intervenções baseadas nas queixas das práticas dos profissionais, por parte de clientes (e.g. utentes de serviços de saúde). Por outro lado, são visíveis algumas práticas direcionadas para a implementação de normas que possibilitam aos profissionais a resolução dos seus problemas em casa e em equipa de trabalho, através da prevenção de dificuldades em resolver os problemas nos dois contextos, com a modificação das vivências no trabalho. Ainda numa perspetiva de prevenção, alguns estudos defendem que as organizações deveriam ter um departamento para o combate ao stresse que implementasse novas condutas e realizasse auditorias regulares de avaliação das normas impostas e dos efeitos obtidos (Shirom, 2003).

A nível secundário e terciário também são apresentadas algumas teorias e programas de intervenção. Entre eles salientam-se planos dirigidos para a implementação de técnicas de gestão de stresse e seus sintomas. Este tipo de programas foca-se em técnicas como relaxação, gestão de habilidades comportamentais, meditação, biofeedback e modelação cognitiva. Para além destas podem ser realizadas intervenções de treino de competências pessoais e sociais, através de treino de resolução de problemas, comunicação, interação social e assertividade (Martins, Mendes & Gameiro, 2007; Shirom, 2003).

Estas intervenções permitem observar diretamente melhorias significativas na vida dos profissionais pois, por um lado, permitem desenvolver os recursos pessoais necessários à resolução dos problemas no local de trabalho e, por outro, constituem variáveis mais objetivas e mensuráveis (Shirom, 2003).

Por último, importa referir algumas estratégias sugeridas em alguns estudos dirigidas, principalmente, às consequências produzidas por desequilíbrios entre o domínio profissional e familiar/pessoal. Neste âmbito, as intervenções dirigem-se aos problemas surgidos no local de trabalho em caso de stresse ocupacional, ou seja, nas consequências para a organização. As técnicas envolvem a implementação de normas e sistemas de apoio, nas organizações, que intervenham diretamente no absentismo, faltas ao local de trabalho, abuso de substâncias e problemas familiares e entre equipa, que prejudicam significativamente o bem-estar geral e qualidade de vida do profissional (Shirom, 2003).

#### **4.2.4. Intervenção Psicomotora no stresse ocupacional**

Segundo Frimodt (2003), os estados de stresse constituem desequilíbrios entre os domínios social, psíquicos e fisiológico, evidenciando-se em consequências significativas para o bem-estar geral do indivíduo. O ser humano encontra-se com qualidade de vida e bem-estar geral se existir um equilíbrio dinâmico entre todos estes

domínios, possibilitando um estado psicocorporal harmonioso que permita ao indivíduo interagir e agir sobre todos os contextos em que se insere.

Para o autor, a ação do psicomotricista na problemática do stresse é muito importante e pode traduzir-se na minimização significativa dos seus sintomas. A intervenção psicomotora pode melhorar consideravelmente o bem-estar geral dos indivíduos, promovendo a qualidade de vida em todos os seus domínios - psicológico, emocional/afetivo, social e físico.

Tal como é apresentado por Martins et al. (2007), existem várias técnicas que permitem intervir sobre o stresse ocupacional e, que são passíveis de utilizar na intervenção psicomotora. Estas podem incluir técnicas de relaxação, biofeedback, técnicas de consciencialização corporal, técnicas de controlo da respiração, terapia cognitivo-comportamental através da mediatização corporal e sensorial, atividade motora, treino de competências pessoais e sociais (resolução de problemas, comunicação, interação social) e atividades direcionadas para os gostos e motivações do indivíduo.

De um modo geral, é importante que a intervenção psicomotora fomente, ao longo da terapia, o equilíbrio psicocorporal através da manutenção do sentimento de controlo sobre as situações do dia-a-dia, assumindo um nível adequado de autocontrolo e de alerta face às alterações, a realização de exercícios ou terapia baseada em técnicas de relaxação e consciencialização corporal. A relaxação constitui um momento de repouso e de restabelecimento de energia. Através destes exercícios é possível manter a vivacidade e funcionalidade muscular e aumentar a perceção das reações corporais próprias, ajudando o indivíduo a interpretar os sinais do seu corpo e a enfrentar as situações (Frimodt, 2003).

Segundo a mesma autora, por outro lado, deve ser promovida a manutenção de uma vida social ativa e as redes de suporte pessoal do envolvimento equilibradas. Estabelecer relações interpessoais e sociais harmoniosas permite a melhoria do bem-estar geral e, o suporte social possibilita a melhoria do autoconceito, autoestima e sentimento de pertença. Além disso, é determinante manter a boa disposição e encarar a vida com positivismo, mantendo relações de trabalho e interpessoais saudáveis.

### **4.3. Metodologia Aplicada**

#### **4.3.1. Amostra**

A amostra do estudo é constituída por 32 colaboradores da CERCILisboa, representantes dos seus três centros de CAO, dos quais 30 representam o género feminino e 2 o género masculino, com idades entre os 22 e 60 anos de idade.

Os colaboradores que contribuíram para este estudo representam duas funções principais, realizadas na organização: técnica(o) de intervenção direta ou técnica(o) de intervenção especializada, constituindo este fator o único critério de inclusão para seleção dos elementos da amostra.

#### **4.3.2. Instrumento**

Neste estudo foi aplicado um questionário, que segue em anexo neste documento, elaborado pela estagiária, com base na escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL) e, os relatórios europeus do Eurofound (Fundação Europeia para a melhoria das Condições de Vida e de Trabalho). Através da revisão literária realizada foi possível compreender quais as variáveis que influenciam negativamente o equilíbrio entre o domínio profissional e o bem-estar geral dos profissionais de saúde e ação social. Neste sentido, o questionário foi elaborado envolvendo questões que possibilitassem o levantamento de necessidades e fatores

de risco ocupacional, no contexto organizacional, relacionadas com o impacto das condições de trabalho na vida dos profissionais.

Consequentemente, o questionário, com questões de resposta direta e resposta aberta, abarca perguntas direcionadas para levantamento de dados sociodemográficos, fatores de risco psicossocial, necessidades e dificuldades sentidas com a realização deste tipo de trabalho, aspetos negativos e positivos do trabalho e estratégias por si utilizadas para melhorar a sua qualidade de vida. Resumidamente, as variáveis em estudo englobam a organização profissional e os domínios da qualidade de vida, permitindo compreender se estes fatores se influenciam mutuamente através da perceção de necessidades, dificuldades e fatores de risco psicossocial.

Visto que, o instrumento utilizado não se encontra validado e normalizado e, foi realizado apenas com o levantamento literário sobre o tema, a análise de resultados será feita de forma qualitativa.

#### **4.3.3. Procedimentos**

Para que a aplicação deste projeto individual se tornasse possível, foram respeitadas algumas fases e procedimentos éticos. Assim, a implementação do projeto desenrolou-se desde o pedido de autorização para a sua aplicação na CERCILisboa até à elaboração do documento formal, descrito em resumo neste relatório de estágio.

Primeiramente, a estagiária procedeu à apresentação do projeto à orientadora académica da FMH e diretoras técnica e geral da instituição, com a descrição do objetivo, definição, pertinência e metodologia do estudo a implementar. Após a aprovação do tema a estagiária elaborou, com base na escala de Qualidade de Vida e relatórios do Eurofound, um questionário dirigido à análise e levantamento de necessidades, riscos e sintomas de stresse ocupacional, corrigido por ambas as partes referidas. Estas fases decorreram entre Novembro de 2013 e Janeiro de 2014

Seguidamente, durante os meses de Fevereiro e Março, os questionários foram entregues às diretoras técnicas dos três centros que distribuíram e possibilitaram a aplicação dos mesmos. Já durante o mês de Abril foram analisados os resultados auferidos e organizados por questão e percentagem obtida. Após a sua aplicação, a estagiária elaborou um panfleto contendo um enquadramento teórico e o confronto entre os dados retirados desta e da aplicação do instrumento e, por último, procedeu-se a um pedido de autorização para uma apresentação informal do tema e resultados, através da dinamização de uma sessão de intervenção psicomotora, junto dos técnicos colaboradores, dos três centros de CAO.

#### **4.4. Principais resultados e sua discussão**

As principais problemáticas que derivam do trabalho realizado nos centros de CAO, referenciadas pelos colaboradores, apontam para a existência de interferências no bem-estar físico (37,5%) e emocional (50,0%), fadiga e cansaço (65,6%), stresse generalizado (46,9%) e, alterações na segurança financeira (37,5%). Mais ainda, é referido, de forma menos significativa, que ocorrem transtornos no desempenho familiar (18,8%), na saúde em geral (31,3%), problemas de ansiedade (25,0%) e elevadas exigências emocionais presentes neste tipo de trabalho (21,9%).

Como é apresentado na literatura, efetivamente, os cuidadores formais experienciam problemáticas relacionadas com interferências no seu bem-estar físico e psicológico, aspetos referidos pela maioria da amostra. Verdadeiramente, o trabalho desenvolvido diariamente nos centros de CAO, pelos técnicos de intervenção direta e especializada, abrange elevadas exigências emocionais e físicas, no sentido em que, a população apoiada apresenta uma necessidade de apoios permanente e especializada, impondo uma atenção redobrada e constante por parte dos cuidadores.

Com isto, verifica-se que, ocorrem frequentemente, desequilíbrios entre a qualidade de vida dos profissionais, em vários domínios, afetada pelas condições de trabalho vivenciadas (Johnson et al., 2005; Brotheridge & Grandey, 2002).

Numa outra questão, relacionada com os aspetos negativos retirados, especificamente, com o trabalho desenvolvido, é referido que existe uma incidência elevada de stresse emocional (18,8%), stresse físico (34,4%), alterações no bem-estar psicológico (28,1%), stresse generalizado (18,8%), dificuldades de concentração ao final do dia (3,1%), dificuldades de segurança e autoafirmação pessoais (6,3%) e na gestão de conflitos (6,3%).

Também no ambiente de trabalho do cuidador formal se encontra em evidência a interação entre três domínios essenciais do desenvolvimento humano. Estes domínios representam-se pelo domínio psicológico, físico e social. Isto significa que, no dia-a-dia de trabalho são exercidas, pelo contexto organizacional, exigências emocionais, através da implementação de estratégias de resolução de problemas, coping, gestão de conflitos; contacto com vários clientes; exigências físicas, através da necessidades de apoio físico por parte dos clientes (e.g. deslocação, higiene, terapia, alimentação...) e, exigências sociais e comportamentais, mediante o trabalho em equipa, cooperação entre técnicos, cumprimento de regras e valores éticos e resistência à frustração (Shirom, 2003; Johnson et al., 2005; Brotheridge & Grandey, 2002; Fundação Europeia para a melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, 2012).

Tal como se verifica a nível Europeu, nos estudos realizados, também os colaboradores da CERIC Lisboa afirmam que, o trabalho por si desenvolvido, bem como a população à qual se dirige a sua intervenção, provoca, em algum momento da sua vida interferências negativas nos domínios psicológico, físico, social e até, profissional (Johnson et al., 2005; Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2000).

Para além de todos os aspetos referidos, também foram apontados aspetos positivos retirados das práticas desenvolvidas. Entre eles destaca-se o facto de trabalhar para pessoas com DID (31,3%), criação de relações interpessoais saudáveis e prazerosas, com clientes e colegas de trabalho (34,4%), satisfação aquando a ocorrência de evoluções nos clientes, em vários domínios (15,6%), sentido de responsabilidade social (12,5%), realização pessoal e profissional (15,6%) e, de um modo geral melhorias no bem-estar emocional (15,6%) e psicológico (9,4%).

Apesar de parecer contraditória a evidência de iguais aspetos positivos e negativos, a verdade é que alguns colaboradores referem que é possível retirar com o seu trabalho melhorias no bem-estar geral, salvaguardando que, devido às exigências específicas que este setor acarreta, por vezes, é visível a ocorrência de transtornos, fadiga e cansaço. Deste modo, o contacto e trabalho desenvolvido com e para esta população permite aos colaboradores manter o sentimento de dever cumprido, promoção do bem-estar de populações com necessidades de apoio, sendo visíveis evoluções positivas no seu desenvolvimento global. Além destas aspetos, tal como é apresentado no 5º Relatório Europeu sobre as condições no trabalho (Fundação Europeia para a melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, 2012), nestes setores verifica-se a existência de segurança no trabalho (a nível físico e financeiro), gosto e motivação para concretizar atividades dirigidas a pessoas com necessidades de apoio e manutenção de condições de trabalho estáveis.

Relativamente às estratégias que cada colaborador utiliza para minimizar dificuldades que vão surgindo no trabalho desenvolvido, são apontadas as seguintes: manutenção de uma boa relação com colegas, clientes e superiores (21,9%), dialogar com os outros, solicitando opiniões e estudar novas formas de atuação (40,6%), resolver os problemas de forma prática, mantendo uma atitude assertiva (12,5%), olhar para cada caso individualmente (12,5%), manter o bom senso em todas as

ocasiões (6,3%), realizar formação de gestão de stresse (3,1%) e, encarar a situações menos positivas como um desafio, em termos pessoais e profissionais (3,1%). Além destas, diariamente, por forma a diminuir a incidência de aspetos negativos, derivados do trabalho, os colaboradores indicaram que, utilizam como estratégias a manutenção de um estilo de vida ativo, realizando caminhadas e/ou exercício físico (37,5%), a promoção de momentos de convívio com família e amigos (25,0%), procurar ter tempo para fazer o que se gosta (40,6%), resolver as situações de forma prática (6,3%), manter um pensamento positivo (3,1%) e, evitar misturar assuntos pessoais com assuntos profissionais (6,25%).

Segundo Frimodt (2003), Martins, Mendes e Gameiro (2007) e Shirom (2003), as estratégias sugeridas e mantidas pelos colaboradores da CERCILisboa constituem ferramentas essenciais para a manutenção da sua qualidade de vida e bem-estar geral. Genericamente, a manutenção de relações interpessoais saudáveis, equilíbrio no desenvolvimento do trabalho em equipa, resolução de problemas, assertividade no discurso, sistemas de comunicação adequados e, a manutenção de um estilo de vida saudável, ativo e positivo, permitem ao profissional evitar o aparecimento de alguns sintomas característicos de stresse ocupacional e que prejudicam consideravelmente a sua qualidade de vida. Individualmente, cada cuidador pode manter alguns hábitos e arranjar as ferramentas psicossociais necessárias que lhe permitam confrontar com sucesso as dificuldades que vão surgindo.

As exigências quantitativas elevadas, onde se inclui a carga, quantidade e intensidade de trabalho, bem como um baixo nível de autonomia e autocontrolo, um suporte social reduzido, a ambiguidade de papéis e conflitos, poucas possibilidades de desenvolvimento, o receio de perder o emprego e os estados de agressão psicológica ou física no local de trabalho, estão relacionadas com o stresse ocupacional. Tal como podemos verificar através dos dados recolhidos alguns destes aspetos são referenciados pelos colaboradores, com diferentes graus de intensidade. Neste sentido, os contextos institucionais atuais representam locais de trabalho de risco para alguns problemas de saúde e relações interpessoais, prejudicando o profissional em causa e a própria organização. Neste sentido, importa continuar com este tipo de estudos, de forma objetiva e normativa, a fim de melhorar a qualidade de vida dos cuidadores e, ceder as ferramentas necessárias às organizações para que possam implementar medidas positivas (Eurofound, 2012).

#### **4.5. Aplicação prática do projeto de investigação**

A nível prático, o projeto foi concluído com a elaboração de um panfleto informativo sobre o tema e dados recolhidos, apresentado em anexo e, realizada uma sessão de intervenção psicomotora, de carácter informal, onde foi apresentado o mesmo panfleto e dinamizadas algumas atividades, envolvendo dinâmicas de grupos.

A sessão foi realizada no dia 3 de junho de 2014, entre as 18h e as 19h (plano de sessão com atividades em anexo) e, teve como principais objetivos: realizar uma ação de esclarecimento sobre fatores de risco ocupacional em cuidadores formais, num contexto prático e informal; apresentar algumas estratégias individuais de minimização de efeitos ocupacionais negativos e, permitir aos colaboradores experienciar dinâmicas de grupo que visem a diminuição de sintomas ocupacionais negativos e prejudiciais à qualidade de vida de cuidadores formais.

Após a sua dinamização, a estagiária procedeu à entrega de uma ficha de avaliação da mesma. A partir da sua análise, foi possível compreender que a dinamização deste tipo de sessão informal e, implementação de dinâmicas de grupo, onde são fomentadas situações de trabalho em equipa, resolução de problemas e cooperação, poderá melhorar o bem-estar dos colaboradores, em vários domínios. As observações realizadas foram positivas e, cerca de 90% dos participantes considerou a dinamização da sessão interessante e muito adequada às suas necessidades.

## **CAPÍTULO 5 – REFLEXÃO PESSOAL**

O estágio curricular constitui uma ótima experiência de aprendizagem de como aplicar em contexto de trabalho, os conhecimentos teóricos e práticos aprendidos anteriormente, durante a frequência académica. A aplicação de saberes adquiridos, em contexto de trabalho, com todas as suas implicações, possibilita ao mestrando compreender de que forma deve responder às diversas solicitações contextuais.

Durante a realização do ano letivo de estágio profissionalizante, foram desenvolvidas duas componentes essenciais a todo o processo que são a contextualização teórica e elaboração do relatório final de estágio e, a avaliação, planificação e intervenção psicomotora propriamente ditas. Para que fossem realizadas segundo os prazos previstos e adequadas às exigências solicitadas, foi necessário realizar uma planificação e organização temporal exigente por parte da estagiária. Só assim, é possível concretizá-las perfeitamente e segundo as exigências práticas da instituição e teóricas, referidas no regulamento da unidade curricular anual.

Concretamente, todas as etapas da intervenção dinamizada pela estagiária na CERCILisboa decorreram harmoniosamente, sendo que os principais facilitadores para que tal acontecesse consistiram na boa relação interpessoal estabelecida com as orientadoras (locais e académica), restantes colaboradores e direção técnica. Além disso, as vivências ocorridas com os clientes da instituição, tanto em contexto de sessão como fora deste, também determinaram o bom sucesso de toda a intervenção. Tanto colaboradores como clientes se mostraram empenhados na integração positiva da estagiária. Como tal, é possível afirmar que a orientação local e académica foi favorável, os clientes se apresentaram agradados com as atividades que foram desenvolvidas e, a interação com todos os intervenientes foi adequada, tendo a estagiária dado resposta às solicitações externas e, a organização dado resposta às necessidades da estagiária. Todos os feedbacks necessários foram sendo dados ao longo da implementação das sessões, permitindo à estagiária aperfeiçoar a sua intervenção e assertividade junto desta população.

Relativamente à intervenção psicomotora propriamente dita, ambos os contextos de intervenção experienciados são exigentes e possibilitam aprendizagens práticas excelentes. A atividade em meio aquático envolveu o desenvolvimento de atividades de natação adaptada com maior apoio literário existentes e, a atividade motora abrangeu a manutenção de uma vida ativa e da funcionalidade motora para o dia-a-dia, com menor literatura existente sobre o tema. Globalmente, a intervenção no ginásio abarcou maiores dificuldades por não existir muita informação corroborada sobre este contexto de intervenção, para esta população em específico. Arranjar informação comprovada acerca da intervenção dirigida a jovens e adultos com DID constituiu um dos maiores obstáculos, durante o estágio. Neste sentido, ser criativo e inovador é o primeiro passo para que as atividades surtam os efeitos pretendidos.

Outra principal dificuldade revelou-se ao nível da gestão de conflitos entre clientes e, da minimização de comportamentos desadequados e desadaptativos. Por vezes, devido a características de personalidade (intrínsecas) e comportamentais, surgem situações difíceis de controlar, as quais exigem maior assertividade e criatividade na implementação de estratégias no momento, por parte de quem dinamiza a sessão. Estas situações trouxeram maior desafio à atuação da estagiária e revelaram-se em aprendizagens práticas importantes e cruciais ao desenvolvimento pessoal e profissional.

A intervenção psicomotora decorreu da melhor forma tendo sido obtidos alguns resultados positivos. Naturalmente, uma intervenção dirigida ao cliente, atendendo às suas características globais obtém resultados mais significativos, melhorando consideravelmente a execução psicomotora nas diversas atividades e, consequentemente, a qualidade de vida e bem-estar geral dos clientes.

Em termos pessoais, o ganho obtido com a experiência de estágio curricular, em contexto direto de trabalho, é imensurável. Na verdade, apenas com a vivência prática, permanente e diária, num contexto organizacional, com a interação com os vários intervenientes no processo terapêutico (outros técnicos, clientes, familiares), em Reabilitação Psicomotora, permite a aplicação plena dos conhecimentos teóricos aprendidos anteriormente. Além disso, como é sabido, em contextos reais de trabalho, são vários os obstáculos e constrangimentos que vão surgindo, em diferentes domínios, o que possibilita aos mestrandos o desenvolvimento profissional e pessoal, através da implementação de estratégias que permitam ultrapassar os mesmos. No dia-a-dia de trabalho, surgem várias exigências que solicitam uma resposta ou solução imediata tais como, alterações na planificação das sessões ou plano habilitativo; reformulação de objetivos, estratégias ou atividades; mudanças de humor ou comportamento por parte dos clientes e, fatores contextuais e materiais que, obrigam a implementação de estratégias de resolução de problemas imediatas.

De um modo geral, a experiência de estágio curricular permitiu melhorar a minha forma de considerar e intervir na população com DID, bem como a interação com clientes com diferentes necessidades, outros técnicos e responsáveis pela minha atuação. Relativamente à intervenção, foram maximizados alguns domínios terapêuticos tais como: intervenção em grande grupo, gestão de conflitos entre clientes, minimização de comportamentos desajustados e desafiantes, avaliação e planificação dirigida às características de cada cliente e não à problemática apresentada e implementação de atividades dinâmicas, lúdicas e diversificadas. Por outro lado, permitiu melhorar o sentimento de responsividade social e ajustamento pessoal às necessidades de cada pessoa e, a forma como reflito sobre o diagnóstico, considerando-o um sistema complexo e multifatorial, que visa, principalmente, considerar as reais necessidades, potencialidades e preferências de cada cliente.

Por último, considero que todos os alunos deveriam passar por uma experiência de estágio curricular orientado, pois os ganhos pessoais e profissionais são consideráveis. Penso que tais vivências permitem formar trabalhadores mais qualificados, profissionalmente e pessoalmente. Reconhecer os nossos erros e as nossas qualidades é fundamental para uma prática terapêutica mais direcionada às características de populações com necessidades de apoio, o que pode ser proporcionado com a frequência neste tipo de estágio.

No que diz respeito ao projeto de investigação por mim elaborado, considero que, é importante a realização de estudos a este respeito. Em Portugal existe ainda poucos estudos que se debrucem na qualidade e/ou saúde mental dos cuidadores formais, neste tipo de contexto de trabalho. Esta é uma temática emergente na maioria dos países europeus e nas várias profissões relacionadas com o setor da saúde e ação social e poderá ganhar relevo nas investigações nacionais atuais. As necessidades apresentadas são significativas e, com a aplicação de estudos nesta área poderão ser melhorados vários contextos de trabalho e, prevenidos alguns sintomas a longo prazo.

## **CONCLUSÕES FINAIS**

A funcionalidade é vista, atualmente, como a componente-chave da intervenção com pessoas com necessidades de apoio, onde o foco é redirecionado para a qualidade das interações dinâmicas entre o envolvimento e as expectativas de participação social do indivíduo. Através desta perspetiva torna-se possível melhorar a qualidade de vida das pessoas com necessidades de apoio, capacitando o indivíduo para a adoção de condutas e comportamentos sociais adequados, permitindo-lhe atuar nos seus contextos positivamente e desenvolver relações interpessoais saudáveis (Santos & Morato, 2012a).

Com estas mudanças, emerge a necessidade de implementação de programas de intervenção transdisciplinares inseridos nos contextos do indivíduo, tornando-se preponderante o desenvolvimento da pessoa e da sua adaptação social (Schalock et al. 2010).

Nestas equipas, o psicomotricista possui um papel decisivo pois, no âmbito da intervenção psicomotora concretamente, a motricidade humana é compreendida como um sistema complexo que abrange tanto a elaboração mental como também a execução motora propriamente dita (Fonseca, 2001), i.e., interação dinâmica entre planeamento neurológico e execução motora enquadrado num conjunto de valores socioculturais da comunidade onde se insere – promoção da adaptabilidade do ser humano a novas situações diárias (Fonseca, 2001, Frimodt, 2004). A terapia psicomotora valoriza o movimento como meio corporal instrumental, funcional, expressivo e comunicativo (Boscaini, 2003).

De modo geral, a população com DID aparece muitas vezes como um grupo superprotegido para o qual a oferta de atividades é escassa, o que leva a que estejam pouco dispostos ao movimento ou à ação. Assim, o Psicomotricista assume um papel de protagonista enquanto ativador corporal, através da implementação de estratégias que considera válidas para os grupos com quem desenvolve as atividades (Valente, Santos & Morato, 2011).

Contudo, importa salientar que, a intervenção psicomotora deve percorrer determinadas etapas para que seja implementada e dirigida de forma eficaz, obtendo-se resultados efetivos com a sua intervenção. É crucial que durante este processo se passe por uma avaliação inicial, a elaboração detalhada de um plano habilitativo multidisciplinar descrevendo objetivos gerais e específicos, estratégias a utilizar e atividades a desenvolver, implementação de todos os componentes referidos no plano habilitativo e por fim uma avaliação final de resultados detalhada. Por vezes, quando a intervenção decorre em períodos de tempo longos devem ser realizadas avaliações intermédias a fim de observar se o que está a ser desenvolvido apresenta efeitos positivos para o cliente. Importa assim referir que, todas estas fases foram percorridas durante os meses de estágio curricular.

No que diz respeito à concretização da prática em contexto de estágio curricular orientado e com supervisão, pode-se afirmar que foi positivo e desenrolou-se de forma adequada para todos os intervenientes. A experiência deste tipo de estágio proporciona ao aluno um momento de aprendizagem ideal e rico em vivências e assimilação de novos conhecimentos e novas práticas. Além disso, permite ao mestrando compreender formas de atuação em diferentes situações, tanto a nível organizacional como na intervenção propriamente dita.

A intervenção decorreu em dois contextos principais que proporcionaram aprendizagens distintas e inovadoras. Por um lado, a intervenção em meio aquático permitiu compreender de que forma é possível tirar partido das características do meio aquático, em terapia, e proporcionar melhorias no bem-estar geral dos clientes. Por outro lado, a atividade motora possibilitou reconhecer que a prática de atividades de



estimulação motora e desenvolvimento físico diversificadas possibilitam, para além das melhorias a nível físico, a minimização de comportamentos desadaptativos e a aprendizagem de regras e posturas sociais a adotar.

Acrescentando à intervenção, também os momentos de pesquisa são cruciais para o desenvolvimento do estágio pois, contribuem não só para a contextualização teórica das componentes práticas, permitindo corroborá-las, mas também a assimilação de novas aprendizagens, trabalhando a criatividade e inovação nos contextos de intervenção. A elaboração da componente prática e teórica em simultânea constitui um desafio a que o estagiário se propõe, fomentando o equilíbrio na realização de várias e diferentes tarefas ao mesmo tempo, contrabalançando a organização temporal das tarefas a realizar, para proceder à entrega de trabalhos nos prazos previstos e solicitados, e por vezes a organização pessoal quando as tarefas devem ser realizadas num período de tempo reduzido. Uma vivência em muito semelhante à realidade de trabalho que se vive, atualmente, capacitando o estagiário das ferramentas necessárias para se envolver e entrar no mercado de trabalho.

Por outro lado, o fato de o estágio ser orientado ao nível das duas práticas, intervenção propriamente dita e contextualização teórica facilita o processo de aprendizagem contextual e assimilação de competências profissionais do psicomotricista, em ambiente concreto de trabalho.

De um modo global, todos os processos exigidos, durante a vivência de um ano letivo de estágio curricular, foram desenvolvidos de acordo com, por um lado, as regras formais estabelecidas, em regulamento da unidade curricular e, por outro, as exigências temporais. Todas as tarefas pretendidas foram concretizadas, indo ao encontro das expectativas da estagiária, das orientadoras locais e académica e, da própria organização, CERCILisboa. Nesta sentido, a aplicação teórica e prática dos conceitos envolvidos na intervenção nas DID, foi concebida com sucesso sendo que, todos os intervenientes no processo se revelaram satisfeitos com a realização do ano letivo de estágio, revelando-se em novas vivências para clientes e estagiária.

O processo de aprendizagem de aplicação de conhecimentos, em contexto real de trabalho, possibilitou à estagiária assimilar e aprender, quais as ferramentas necessárias para a prática, numa instituição, da intervenção psicomotora.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Abbeduto, L., Murphy, M., Cawthon, S., Richmond, E., Weissman, M., Karadottir, S. & O'Brien, A. (2003). Receptive Language Skills of Adolescents and Young Adults With Down or Fragile X Syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 108(3): 149-160.
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2000). *Research on Work-related Stress*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2003). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Albaret, J. (2003). Intérêt de la mesure dans l'examen psychomoteur. *Evolutions Psychomotrices*, 60: 66-75.
- Arnault, L. & Goltz, A. (2014). Can formal home care reduce the burden of informal care for elderly dependents? – Evidence from France. *Pôle Laboratoire d'Economie et de Gestion des Organisations de Santé - Dauphine Université Paris*, 3: 1-26.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2011). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses*. Lisboa.
- Atwell, J., Conners, F. & Merrill, E. (2003). Implicit and explicit learning in young adults with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 108(1): 56-68.
- Bandão, T., Martins, R., & Simões, C. (2013). *Regulamento da Unidade Curricular de Ramo de aprofundamento de Competências Profissionais 2º ano*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A. & Paneth, N. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47: 571–576.
- Beck, G., Derrey, S., Gayral, N., Guillemin, C., Labarrere, I., Lecoœur-Pichot, C. & Rodrigues, P. (2004). La psychomotricité. *Le Journal de l'Etablissement Public de Sante Charcot Plaisir*, 18: 2-8.
- Becker, B.E. (2009). Aquatic therapy: scientific foundations and clinical rehabilitation applications. *Physical Medicine and Rehabilitation Journal*, 1: 859-872. doi: 10.1016/j.pmrj.2009.05.017
- Bertin, C. (2010). Corps en Groupe - corps groupal: une lecture psychomotrice du groupe à médiation corporelle. *Thérapie Psychomotrice et Recherches* (163): 36-49.
- Biasoli, M.C. & Machado, C.M.C. (2006). Hidroterapia: aplicabilidades clínicas. *Revista Brasileira de Medicina*, 63(5): 225-237.
- Bos, C.S. & Vaughn, S. (1988). Modificação do comportamento cognitivo. In D. Rodrigues (ed). *Métodos e estratégias em educação especial: antologia de textos organizada por David rodrigues*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana - Departamento de Educação Especial e Reabilitação
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da psicomotricidade. *A Psicomotricidade* 1(2): 20-26.
- Boscaini, F. (2004). Especificidade da Semiologia psicomotora para um diagnóstico adequado. *A Psicomotricidade*, 3: 53-65.
- Brossard-Racine, M., Hall, N., Majnemer, A., Shevell, M.I., Law, M., Poulin, C. & Rosenbaum, P. (2012). Behavioural problems in school age children with cerebral palsy. *European Journal of Pediatric Neurology* 16: 35-41. doi: 10.1016/j.ejpn.2011.10.001

- Brotheridge, C.M. & Grandey, A.A. (2002). Emotional Labor and Burnout: Comparing Two Perspectives of "People Work". *Journal of Vocational Behavior*, 60: 17–39. doi:10.1006/jvbe.2001.1815
- Burack, J.A., Hodapp, R.M. & Zigler, E. (1998). *Handbook of Mental Retardation and Development*. Estados Unidos da América: Cambridge University Press.
- Câmara Municipal de Lisboa. (2012). Piscina Municipal do Casal Vistoso. Obtido de <http://www.cm-lisboa.pt/>
- Campion, M.R. (2000). *Hidroterapia: Princípios e prática*. Brasil: Editora Manole.
- CERCILisboa. (2011a). *Plano Estratégico 2011-2013*. Lisboa.
- CERCILisboa. (2011b). *Regulamento Interno - Geral*. Lisboa.
- CERCILisboa. (2012). *Plano de Atividades e Orçamento - 2013*. Lisboa.
- CERCILisboa. (2013a). *Histórico da CERCILisboa*. Obtido de Web site da CERCILisboa: <http://www.cercilisboa.org.pt/>.
- CERCILisboa. (2013b). *Políticas Organizacionais - Manual de Políticas da CERCILisboa*. Lisboa.
- Coelho, S., Rodrigues, V., Santos, S. & Eiró, A. (2003). Psicomotricidade no Centro Educacional Bonny Stilwell da APPACDM. *A Psicomotricidade*, 1(2): 97-103.
- Contandriopoulos, A.-P. (2006). Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3): 705-711.
- Costa, J. (2003). Psicomotricidade Relacional. *A Psicomotricidade*, 1(1): 42-46.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Cunningham, J. (2000). Método Halliwick. In R.G. Ruoti, D.M. Morris, & A.J. Cole, (2000). *Reabilitação Aquática* (pp. 336 – 366). Brasil: Editora Manole.
- Damásio, A. (2011). *O Erro de Descartes - Emoção Razão e Cérebro Humano*. Portugal: Circulo de Leitores
- Dull, H. (2000). Watsu. In R.G. Ruoti, D.M. Morris, & A.J. Cole (2000). *Reabilitação Aquática* (pp. 367 – 388). Brasil: Editora Manole.
- Dykens, E.M., Shah, B., Sagun, J., Beck, T. & King, B.H. (2002). Maladaptive behaviour in children and adolescents with Down's syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(6): 484-492.
- Fidler, D.J. (2005). The Emerging Down Syndrome Behavioral Phenotype in Early Childhood Implications for Practice. *Infants & Young Children*, 18(2): 86-103.
- Fidler, D.J., Most, D.E., & Philofsky, A.D. (2008). The Down syndrome behavioural phenotype: Taking a developmental approach. *Down Syndrome Research and Practice*, 37-44.
- Fonseca, V. (1995). A deficiência mental a partir de um enfoque psicomotor. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 3/4: 125-140.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: Perspetivas Multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2007). *Manual de Observação Psicomotora: significação psiconeurológica dos fatores psicomotores* (3ªed.). Âncora Editora: Portugal
- Frimodt, L. (2003). Corpo e Stress no adulto. *A Psicomotricidade*, 1(1): 31-36.
- Frimodt, L. (2004). Psicomotricidade na Europa. *A Psicomotricidade*, 3: 13-17.
- Fundação Europeia para a melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (2012). *Fifth European Working Conditions Survey, Publications Office of the European Union*, Luxembourg.
- Gardiner, K., Herault, Y., Lott, I.T., Antonarakis, S.E., Reeves, R.H. & Dierssen, M. (2010). Down syndrome: From Understanding the Neurobiology to Therapy. *The Journal of Neuroscience*, 30(45): 14943–14945.
- Garret, G. (2000). Método dos Anéis de Bad Ragaz. In R.G. Ruoti, D.M. Morris, & A.J. Cole (2000). *Reabilitação Aquática* (pp. 319 – 335). Brasil: Editora Manole.
- Gates, P., Otsuka, N., Sanders, J. & Mcgee-brown, J. (2010). Functioning and health-related quality of life of adolescents with cerebral palsy: self-versus parent

- perspectives. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 843-849. Doi: 10.1111/j.1469-8749.2010.03666.x.
- Gorla, J.I., Araújo, P.F. & Carminato, R.A. (2004). Avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 25(3): 133-147.
- Hogg, J. & Raynes, N.V. (1987). Assessing people with Mental Handicap: An introduction. In Hogg, J. & Raynes, N.V. (1987). *Assessment in mental handicap: A guide to assessment practices, tests and Checklist* (pp. 1-11). Estados Unidos da América: Brookline Books.
- Holden, B., & Gitlesen, J. (2006). A total population study of challenging behavior in the county of Hedmark, Norway: Prevalence and risk markers. *Research in Developmental Disabilities*, 27: 456-465.
- Horovitz, M., Matson, J.L., Sipes, M., Shoemaker, M., Belva, B. & Bamburg, J.W. (2011). Incidence and trends in psychopathology symptoms over time in adults with severe to profound intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 32: 685-692.
- Hove, O. & Havik, O.E. (2010). Developmental level and other factors associated with symptoms of mental disorders and problem behaviour in adults with intellectual disabilities living in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45: 105–113. Doi: 10.1007/s00127-009-0046-0.
- Hudson, A.M., Matthews, J.M., Gavidia-Payne, S.T., Cameron, C.A., Mildon, R.L., Radler, G.A. & Nankervis, K.L. (2003). Evaluation of an intervention system for parents of children with intellectual disability and challenging behavior. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4/5): 238-249.
- Hultén, M.A., Patel, S.D., Tankimanova, M., Westgren, M., Papadogiannakis, N., Jonsson, A.M., et al. (2008). On the origin of trisomy 21, Down syndrome. *Molecular Cytogenetics*, 1-10. Doi:10.1186/1755-8166-1-21
- Hutzler, Y. & Sherrill, C. (2007). Defining Adapted Physical Activity: international perspectives. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24: 1-20.
- Jacobson, J.W., Mulick, J.A. & Rojahn, J. (2007). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. Nova Iorque: Springer Science e Business Media.
- Johnson, S., Cooper, C., Cartwright, S., Donald, I., Taylor, P. & Millet, C. (2005). The experience of work-related stress across occupations. *Journal of Managerial Psychology*, 20(2): 178-187.
- Klink, J.J.L., Blonk, R.W.B., Schene, A.H. & Dijk, F.J.H. (2001). The Benefits of Interventions for Work-Related Stress. *American Journal of Public Health*, 91(2): 270-276.
- Korenberg, J.R., Chen, X.N., Schipper, R., Sun, Z., Gonsky, R., Gerwer, S. et al. (1994). Down syndrome phenotypes: the consequences of chromosomal imbalance. *Genetics*, 91: 4997-5001.
- Krageloh-Mann, I. & Cans, C. (2009). Cerebral palsy update. *Brain & Development*, 31, 537–544.
- Krigger, K. (2006). Cerebral Palsy: An Overview. *American Family Physician*, 73(1): 91-100.
- Lambert, N., Nihira, K. & Leland, H. (1993). *AAMR – Adaptive Behavior Scale-School: Examiner's Manual* (2<sup>a</sup>ed). Austin, Texas: PRO-ED.
- Lobaugh, N.J., Karaskov, V., Rombough, V. et al. (2001). Piracetam therapy does not enhance cognitive functioning in children with Down syndrome. *Archives of pediatrics and adolescent medicine*, 155: 442–448.
- Lott, I.T., Doran, E., Nguyen, V., Tournay, A., Head, E. & Gillen, D.L. (2011). Down syndrome and dementia: A randomized, controlled trial of antioxidant supplementation. *American Journal of Medical Genetics*, 155(Part A):1939–1948. Doi:10.1002/ajmg.a.34114
- Lott, I.T. (2012). Neurological phenotypes for Down syndrome across the life span. *Progress in Brain Research*, 197: 101–121. doi:10.1016/B978-0-444-54299-1.00006-6

- Luckasson, R & Schalock, R.L. (2012). The role of adaptive behavior in a functionality approach to intellectual disability. In Santos, S & Morato, P. (Eds) *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois* (9-18). Lisboa: Edições FMH.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W.H.E., Coutler, D.L., Craig, E.M., Reeve, A., et al. (2002). *Mental Retardation: Definition, classification and systems of supports* (10ªed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Martínez, N.B., & García, M.M. (2008). Psychomotor development in children with Down syndrome and physiotherapy in early intervention. *International Medical Journal on Down Syndrome*, 12(2), 28-32.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (29-40). Lisboa: Edições FMH
- Martins, R., Catarina, A.C.M. & Gameiro, S.S. (2007). Programas de gestão de stress em meio ocupacional: um estudo sistemático bibliográfico. *A Psicomotricidade*, 10, 9-21.
- Matias, A. R. (2005). Terapia Psicomotora em Meio Aquático. *A Psicomotricidade*, 5, 68-76.
- Matias, A., Vieira, C. & Giro, S. (2001). *Orientação ao preenchimento da ficha de avaliação no meio aquático*. Manuscrito não publicado.
- Matson, J.L., Fodstad, J.C., Neal, D., Dempsey, T. & Rivet, T.T. (2010). Risk factors for tardive dyskinesia in adults with intellectual disability, comorbid psychopathology, and long-term psychotropic use. *Research in Developmental Disabilities*, 31: 108–116.
- Mégarbané, A., Ravel, A., Mircher, C., Sturtz, F., Grattau, Y., Rethoré, M.O., Delabar, J.M. & Mobley, W.C. (2009). The 50th anniversary of the discovery of trisomy 21: The past, present, and future of research and treatment of Down syndrome. *Genetics in Medicine*, 11(9), 611-616.
- Morais, A., Novais, R. & Mateus, S. (2005). Psicomotricidade em Portugal. *A Psicomotricidade*, 5, 41-49.
- Morato, P. & Santos, S. (2007). Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais: a mudança de paradigma na conceção de deficiência mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 14.
- Morato, P.P. & Silva, A.S. (1999). A deficiência e a doença mental: um fenómeno humano dual – Contributos para a sua compreensão. *Revista de educação especial e reabilitação*, 6(1): 57-70.
- Moss, S., Bouras, N. & Holt, G. (2000). Mental health services for people with intellectual disability: a conceptual framework. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44(2): 97-107.
- Moulin, J.P. (1997). Influences de la pratique des activités aquatiques sur le développement de l'autonomie chez le jeune enfant. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 109, 38-46.
- Nicola, M. (2004). *Psicomotricidade – Manual básico*. Brasil: Livraria e Editora Revinter Ida.
- Organização Mundial de Saúde, (2009). *Health Topics*. Acedido a 20 de Novembro de 2013, em <http://www.who.int/topics/en/>.
- Pitteri, F. (2004). O exame Psicomotor. *A psicomotricidade*, 3, 47-52.
- Reeves, R.H., Baxter, L.L. & Richtsmeier, J.T. (2001). Too much of a good thing: mechanisms of gene action in Down syndrome. *Trends in Genetics*, 17(2). 83-88.
- Roberts, J.E., Price, J. & Malkin, C. (2007). Language and communication development in down syndrome. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, (13) 26-35.

- Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 3(83), p.393-405.
- Roizen, N.J. & Patterson, D. (2003). Down's syndrome. *The Lancet*, 361, 1281–1289.
- Ruoti, R.G., Morris, D.M. & Cole, A.J. (2000). *Reabilitação Aquática*. Brasil: Editora Manole.
- Ryan, J., Woodyatt, G. & Copeland, D. (2010). Procedural discourse in intellectual disability and dual diagnosis. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(1): 70-80.
- Santos, S. & Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Coleção Educação Especial. Porto Editora.
- Santos, S. & Morato, P. (2004). *Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa – fichas de registo* (documento não publicado).
- Santos, S. & Morato, P. (2007). Estudo Exploratório do Comportamento Adaptativo no Domínio Psicomotor em populações portuguesas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento. *A Psicomotricidade*, 9, 21-31.
- Santos, S. & Morato, P. (2012a). A escala de comportamento adaptativo – Versão Portuguesa. In Santos, S. & Morato, P. (Eds) *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois* (83-100). Lisboa: Edições FMH.
- Santos, S. & Morato, P. (2012b). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID). Por quê?. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18(1), 3-16.
- Santos, S. & Morato, P. (2012c). Estudo Comparativo do Comportamento Adaptativo da População Portuguesa com e sem Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento. In Santos, S. & Morato, P. (Eds) *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois* (101-120). Lisboa: Edições FMH.
- Santos, S. (2014). Adaptive Behavior on the Portuguese curricula: a comparison between children and adolescents with and without disability. *Creative Education*, 5 (7), 501-509.
- Schalock, R. et al. (2007b). *User's guide: Mental Retardation – definition, classification and systems of supports* (10ªed). Estados Unidos da América: AAIDD.
- Schalock, R. L.; Borthwick-Duffy, S.; Bradley, V.; Buntinx, W. H.; Coulter, D.L.; Craig, E.M; Luckasson, R. A.; ... Reeve, A. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).
- Schalock, R.L., Luckasson, R., Shogren, K., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., et al. (2007a). The Renaming of Mental Retardation: understanding the change to the term Intellectual Disability Retardation. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45(2), 116-124.
- Shirom, A. (2003). The Effects of Work Stress on Health The Handbook of Work and Health Psychology. In Schabracq, M.J., Winnubst, J.A.M. & Cooper, C.L. *The Handbook of Work and Health Psychology - Second Edition*. (p.63-82). Inglaterra: John Wiley & Sons, Ltd.
- Silva, L.M. & Formigli, V.L. (1994). Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1). 80-91.
- Steadward, R.D., Weeler, G.D. & Watkinson, E.J. (2003). *Adapted Physical Activity*. Canada: The University of Alberta Press.
- Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (2000). Surveillance of cerebral palsy in Europe (SCPE): a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42, 816–824.
- Thompson, J.R., Bradley, V.J., Buntinx, W.H., Schalock, K.A., Snell, M E. et.al (Abril, 2009). Conceptualizing Supports and the Support needs of People with Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47, 135-146.
- Thompson, J. R., Bryant, B. R., Campbell, E. M., Craig, E. M., Hughes, C. M., Rotholz, D. A., Schalock, R., Silverman, W., Tassé, M., e Wehmeyer, M. (2004). *The*

- Supports Intensity Scale (SIS): User's manual*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Valente, P., Santos, S. & Morato, P. (2011). A Intervenção Psicomotora como um sistema de apoio nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. *A Psicomotricidade* (14).
- Vrijmoeth, C., Monbaliu, E., Lagast, E. & Prinzie, P. (2011). Behavioral problems in children with motor and intellectual disabilities: Prevalence and associations with maladaptive personality and marital relationship. *Research in Developmental Disabilities*. 33, 1027-1038.
- Welch, K.A., Lawrie, S.M., Muir, W. & Johnstone, E.C. (2011). Systematic Review of the Clinical Presentation of Schizophrenia in Intellectual Disability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 246-253. DOI 10.1007/s10862-011-9224-y.
- Werner, S. & Stawski, M. (2012). Knowledge, attitudes and training of professionals on dual diagnosis of intellectual disability and psychiatric disorder. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(3): 291-304. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01429.x
- Zarit, S., Reever, K. & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.

# Anexos

Neste documento são anexados os documentos mais relevantes para apresentação direta no relatório de estágio. Outros documentos elaborados ao longo do ano letivo encontram-se em suporte digital, por excederem o número de páginas do próprio relatório.



**ANEXO 1 – EXEMPLO DE AVALIAÇÃO INICIAL**  
**“FICHA DE AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO NO**  
**MEIO AQUÁTICO”**

## FICHA DE AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO NO MEIO AQUÁTICO

NOME DO(A) ~~ALUNO(A)~~ Cliente: Estudo de caso 2

DATA DA OBS. Dezembro de 2013 TÉCNICO RESPONSÁVEL Johana Ribeiro Silva

Desinibição Inicial no Meio Aquático		Tipo	Cota.	Observações
A1	Senta-se na borda da piscina com os pés dentro de água	AJ	1	
A2	Entra para a água	AJ	1	Tem receio em entrar na água
A3	Chapinha na água e tolera salpicos	AV+	2	
A4	Esfrega a cara/cabeça com água	AV+	2	
A5	Move-se na água mantendo o mesmo plano	AV+	2	Apenas no plano vertical
A6	Move-se na água mudando de plano	AJ	1	
A7	Coloca queixo/orelhas/nariz/testa na água	AV	3	Com algum receio
A8	Brinca com os brinquedos que se encontram na água	AV	3	
		Total	15	

Entradas e Saídas da piscina				
B1	Entra na piscina pelas escadas/rampa	IN	4	
B2	Entra na piscina partindo da posição horizontal (deitado)	AJ	1	
B3	Entra na piscina partindo da posição de sentado	AJ	1	Consegue entrar mas o seu receio da água exige que as técnicas realizem apoio verbal moderado.
B4	Entra na piscina partindo da posição de joelhos	AJ	1	
B5	Entra na piscina partindo da posição vertical (de pé)	PA	0	
B6	Sai pela borda da piscina	OP	-1	Devido à sua insegurança
B7	Sai pelas escadas/rampa	IN	4	
		Total	10	

Movimentos na Água Dirigidos pelo Terapeuta				
C1	Mobilização passiva do tronco	PA	1	
C2	Série de movimentos passivos dos membros inferiores	PA	1	No entanto em todas as tarefas apresenta alguma insegurança. Necessita de reforço verbal positivo.
C3	Série de movimentos passivos dos membros superiores	PA	1	
C4	Mobilização global de todo o corpo	PA	1	
		Total	4	

Equilíbrio e Flutuação				
D1	Mantém-se na posição de decúbito dorsal/ventral sobre prancha/colchão	AV	3	
D2	Eleva o tronco e cabeça na posição de decúb. ventr. sobre prancha/colchão	AJ	1	
D3	Mantém o equilíbrio na posição de decúbito ventral	AJ	1	
D4	Mantém o equilíbrio em posição de decúbito dorsal	AJ	1	
D5	Mantém o equilíbrio vertical com apoio no solo	AV	1	
D6	Mantém o equilíbrio vertical sem que exista apoio no solo	AJ	3	
D7	Passa de decúbito dorsal para decúbito ventral	AJ	1	
D8	Passa de decúbito ventral para decúbito dorsal	AJ	1	
D9	Passa de decúbito dorsal/ventral para a posição vertical	AJ	1	
D10	Efectua rotações verticais completas	AV	1	
D11	Efectua rotação combinada	AJ	3	
D12	Flutua em posição de cogumelo	AJ	1	
D13	Flutua em posição de decúbito dorsal	AJ	1	
D14	Flutua em turbulência	AJ	1	
		Total	20	

### Função Respiratória

		Tipo	Cota	
E1	Tenta imitar a realização de bolhinhas na superfície da água (9m)	AV	3	
E2	Faz bolhinhas na mão do terapeuta	AV+	2	
E3	Faz bolhinhas na superfície da água da piscina	AV	3	
E4	Sopra o brinquedo que flutua na água	AV	3	
E5	Fecha os lábios quando coloca a cara na água	AV	3	
E6	Coloca a cara na água	AV	3	
E7	Imerge na água em apneia (9-24m) <sup>1</sup>	AJ	1	No plano vertical apenas e com algumas resistência.
E6	Abre os olhos quando imerge (reflexo palpebral – a partir dos 6 meses)	OP	-1	
E7	Faz bolhinhas com a cabeça submersa, expirando pelo nariz ou pela boca	AV+	2	
E8	Imerge sozinho (entre os 3 e os 4 anos)	OP	-1	
E9	Apanha objectos na rampa/escadas	OP	-1	
		Total	17	

### Movimentos Activos dentro de Água

F1	Chapinha na superfície da água	AV+	2	
F2	Movimenta os braços debaixo de água	AV+	2	
F3	Dá braçadas / remadas debaixo de água	AV+	2	
F4	Dá pontapés à superfície da água	AV+	2	
F5	Movimenta as pernas debaixo de água	IN	4	Na posição vertical, com apoio no solo
F6	Mov <sup>os</sup> relativamente coordenados de origem voluntária (<=> mov <sup>o</sup> pedalar – 9 / 12 m)	AV+	2	
F7	Pontapeia com estilo de rã	OP	-1	
F8	Pontapeia alternando os dois pés	AJ	1	
F9	Ondula à superfície da água na posição de decúbito dorsal	AJ	1	
F10	Desliza em posição de decúbito dorsal e/ou ventral, com impulso na parede	OP	-1	
F11	Nada como um cão	OP	-1	
F12	Dificuldade em coordenar membros inferiores com os superiores (3 anos)	OP	-1	
F13	Executa um movimento propulsivo	OP	-1	
F14	Desloca-se debaixo de água	AJ	1	
		Total	12	

### Grau de Interacção

G1 <sup>2</sup>	Distingue bem o acompanhante dos restantes participantes	S	1	
	Expressa satisfação quando se encontra próximo do acompanhante	S	1	
	Partilha brinquedos e envolve-se em actividades com o acompanhante	S	1	
	Não chora quando é afastado do acompanhante	S	1	
	Demonstra independência afectiva do acompanhante	IN	0	
	Recusa a maioria das tarefas propostas (crise de oposição – 18m a 3 anos)	S	1	
G2 <sup>3</sup>	Jogo solitário	IN	0	Realiza as tarefas com ajuda verbal e física moderada.
	Jogo paralelo	S	1	
	Jogo em diáde	S	1	
	Jogo de grupo	S	1	
	Jogo de regras	S	1	
	Jogo de competição	S	1	
	Jogo de cooperação	S	1	

<sup>1</sup> Descrever de que forma a criança mergulha: se no plano horizontal (do técnico para o pai ou vice-versa), se no plano vertical.

<sup>2</sup> Com o acompanhante

<sup>3</sup> Com os parceiros

G3 <sup>4</sup>	Jogo exploratório / manipulativo	S	1	
	jogo relacional	S	1	
	Jogo funcional / construtivo	S	1	
	Jogo simbólico	S	1	
Total			10	

## COTAÇÕES

Grupos A, B, D, E, F e H

Realização	Tipo	Cotação
Sucesso ( 4)	Espontaneamente (ES)	4
	Independentemente (IN)	4
	Ajuda Verbal (AV)	3
	Ajuda Verbal com demonstração (AV+)	2
	Ajuda de Flutuadores (AFL)	1
	Ajuda Física (AJ)	1
Insucesso ( 8)	Passividade (PA)	0
	Oposição (OP)	-1

Grupo C

Realização	Tipo	Cotação
Sucesso ( 4)	Passividade (PA)	1
Insucesso ( 8)	Oposição (OP)	-1

Grupo G

Realização	Cotação
Sucesso ( 4)	1
Insucesso ( 8)	0

## OBSERVAÇÕES:

No domínio **Grau de Interação** importa referir que chama constantemente pelo nome das técnicas presentes, para se sentir mais seguro. Não chora mas revela-se irritado e inseguro. Não recusa imediatamente realizar as tarefas mas refere que não consegue e mostra-se tenso.

O cliente mostra-se tenso com o meio aquático mas não relativamente à intervenção propriamente dita pois dirige-se à sessão sem apoio verbal.

<sup>4</sup> Com os objectos

**ANEXO 2 – EXEMPLAR DE PLANIFICAÇÃO DE  
SESSÃO E RELATÓRIO DA ATIVIDADE EM MEIO  
AQUÁTICO**



ATIVIDADE EM MEIO AQUÁTICO – Sessão 9			20 de FEVEREIRO de 2014
<b>Grupo 2a</b> Estudo de Caso 2	<b>Elementos:</b> 3 (C.A.; J.P.; J.V.)	<b>Contexto/Local:</b> Piscinas Municipais do Casal Vistoso	<b>Duração:</b> 45 minutos
<b>Objetivos:</b> Promover a manutenção de atividade motora regular e, a adaptação ao meio aquático através da prática da fase de imersão na água.			

Hora/ Duração	DOMÍNIO	ATIVIDADE/DESCRIÇÃO	ESTRATÉGIAS/ MATERIAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	CRITÉRIOS DE ÊXITO
11:00 5'	Comportamental  Social	<b><u>Entrada na piscina:</u></b> Os clientes devem sentar-se no cais da piscina e aguardar que lhes seja dada indicação para entrar. A entrada é feita pela borda da piscina na pista onde se realiza a sessão.	- Instrução - Reforço Verbal - Ajuda física	- Aumentar a tolerância a tempos de espera. - Cumprir regras de segurança na entrada e nas atividades na piscina.	- Cumprir as regras; - Entrar sem recusas ou hesitações; - Entrar de forma mais autónoma possível.
11:05 5'	Motor	<b><u>Ativação Geral:</u></b> Deslocações verticais a caminhar, a correr e depois a saltar (2 apoios) ao longo da pista da piscina. Primeiro de frente e depois de costas.	- Instrução e demonstração - Reforço verbal - Ajuda física	- Promover a adaptação ao meio e à temperatura da água; - Promover a ativação geral dos músculos e das articulações; - Melhorar a postura na realização da marcha; - Desenvolver o equilíbrio e a coordenação motora.	- Realizar os movimentos sem pausas e de acordo com a instrução. - Realizar a deslocação com as pernas fletidas e ombros ao nível da água. - Efetuar todo o percurso nos dois sentidos da pista.
11:10 10'	Coordenação Motor  Respiração	<b><u>Atividade 1:</u></b> Os clientes, em fila, percorrem a pista, realizando uma imersão, com respiração, no final de três saltos consecutivos, colocando um rolo de espuma entre as pernas (2x).	-Instrução e demonstração - Reforço Verbal - Ajuda física  Rolo de espuma (3)	- Trabalhar a respiração em meio aquático; - Promover o equilíbrio dinâmico; - Melhorar a coordenação e organização de movimentos globais; - Trabalhar a imersão.	- Respeitar os tempos de execução e a sequência de tarefas; - Realizar a imersão e a respiração; - Realizar a impulsão durante os saltos.
11:20 10'	Motor  Coordenação motora  Respiração	<b><u>Atividade 2:</u></b> Os clientes deverão mergulhar por baixo de um colchão, realizando controlo respiratório e deslizamento horizontal em decúbito ventral. De seguida, realizam o mesmo exercício passando não por baixo mas por cima do colchão, mergulhando no final.	-Instrução e demonstração -Reforço Verbal - Ajuda física  Colchão (1)	- Trabalhar a respiração no meio aquático; - Trabalhar a imersão corporal; - Promover a adaptação polissensorial; - Trabalhar a deslocação na horizontal, dentro de água.	- Mergulhar por baixo do colchão (num nível mais avançado); - Passar por cima do colchão, imitando o movimento de rastejar e, mergulhar no final deste; - Manter o corpo na horizontal.

11:30 10'	Motor	<p><b><u>Atividade 3:</u></b> Os clientes deverão mergulhar para dentro de um arco colocado à sua frente, a flutuar na água, seguido de deslizamentos horizontais. A atividade realiza-se ao longo da pista, duas vezes. Num nível menos avançado, os clientes mergulham para dentro do arco, passando por baixo deste e não por cima.</p>	<p>- Instrução e demonstração; - Reforço Verbal; - Ajuda Física.</p>	<p>- Promover a adoção de diferentes posições corporais dentro de água; - Aumentar a estimulação quinestésica; - Trabalhar a impulsão e a manutenção do corpo na posição horizontal, dentro de água.</p>	<p>- Manter a posição horizontal em decúbito ventral; - Percorrer o percurso estabelecido; - Dar impulso para mergulhar e entrar no arco ao sair da posição de decúbito ventral; - Manter os membros em extensão durante o mergulho.</p>
			Arcos (3)		
11:40 5'	Motor Interação Social	<p><b><u>Atividade Final (Retorno à Calma)</u></b> Os clientes colocam-se em cima de uma ilha na posição que lhes for mais favorável. Deverão permitir as mobilizações pelo espaço, feitas sobre o objeto, pelas técnicas e monitoras.</p>	<p>- Instrução - Reforço Verbal - Ajuda física moderada.</p>	<p>- Promover o relaxamento muscular, aliviando as tensões musculares. - Facilitar o retorno à calma. - Aumentar a segurança com o meio aquático. - Finalizar a atividade.</p>	<p>- Manter a posição indicada para a atividade. - Permitir as mobilizações passivas. - Manter um estado tónico-emocional adequando à tarefa.</p>
			Ilhas (3)		

## OBSERVAÇÕES DA SESSÃO **9** DE ATIVIDADE EM MEIO AQUÁTICO (20/2/2014)

A atividade teve a duração habitual da atividade em meio aquático e todos os clientes estavam presentes, realizando todas as atividades. Desta forma, também o objetivo geral foi cumprido na totalidade.

Mais uma vez, a orientadora local, Dra. Mónica Estevens, orientou o diálogo com os clientes e supervisionou a atividade motora, prestando apoio verbal e físico sempre que necessário.

A **ativação geral** foi realizada na totalidade e, permitiu aos clientes a ambientação às características da água e, promover a descontração com o meio e ativação geral muscular e articular. O cliente J.V. mostrou-se completamente autónomo nesta tarefa tendo-a realizado sozinho e após cada instrução verbal.

A **Atividade 1** realizou-se duas vezes e com sucesso por parte de todos os clientes. A atividade foi modificada e todos os clientes realizaram a tarefa colocando um rolo de espuma entre as pernas e realizando imersões após cada sequência de três saltos com dois apoios. Todos os clientes realizaram a tarefa de forma autónoma mas com apoio verbal. O cliente J.P. executa as tarefas mas necessita de maior verbal, reforço positivo e atenção dirigida a si por parte de um técnico, para que não se abstraia da tarefa.

A **Atividade 2** foi realizada na totalidade e com sucesso por parte dos clientes. O cliente J.V. melhorou a concretização da tarefa realizando maior ajuda ao longo da tarefa e tendo diminuído o receio em realizar a mesma.

Nesta atividade foi permitida a promoção de um dos objetivos gerais definidos para o cliente: a diminuição da hipertonicidade dos membros inferiores. Ao longo tem-se vindo a verificar que essa promoção tem sido alcançada e, o cliente apresenta, de forma gradual, menor níveis de hipertonicidade, a cada sessão. Com isto, a concretização das tarefas melhorou e, o cliente consegue realizar as tarefas com maior amplitude articular.

A **Atividade 3** foi realizada igualmente na totalidade e com sucesso por parte de todos os clientes e com diferentes tipos de apoio físico. A cliente C.A. realizou com apoio físico mínimo e com o arco posicionado na vertical; os clientes, realizam a tarefa com o arco colocado na horizontal e flutuando na superfície da água.

Denotou-se, ao longo de toda a sessão que o cliente J.V. se encontra mais autónomo no meio e o seu ritmo de execução das tarefas deve ser respeitado, tal como dos outros clientes.

Desta forma, os objetivos definidos serão mantidos para a **Próxima Sessão**, mantendo-se a estruturação das atividades.



## **ANEXO 3 – EXEMPLAR DE PLANIFICAÇÃO DE SESSÃO E RELATÓRIO DA ATIVIDADE MOTORA**

14h – 16h, Estagiária Johana Ribeiro Silva



ATIVIDADE MOTORA ADAPTADA – Sessão 13			21 de MARÇO de 2014
<b>Grupo 1b</b> Estudo de Caso 1	<b>Elementos:</b> 18 elementos (C.A; P.M; R.N.; P.M.; N.V.; M.T.;M.P.; J.F.; P.A.; A.F.; R.M; M.G; A.R; A.S.; T.V.; M.R; C.M; N.M.)	<b>Contexto/Local:</b> CTVA (Ginásio)	<b>Duração:</b> 1h40min
<b>Objetivo Geral:</b> Melhorar a aptidão física geral e a manutenção de uma vida ativa, através da aplicação de uma sessão de assimilação e aprendizagem de competências promovidas em jogos tradicionais.			

Hora/ Duração	DOMÍNIO	ATIVIDADE/DESCRIÇÃO	ESTRATÉGIAS/ MATERIAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	CRITÉRIOS DE ÊXITO
14:00  20'	Comportamental  Social  Comunicação Verbal	<b><u>Diálogo Inicial:</u></b> - Os clientes dirigem-se ao ginásio depois de serem chamados e vestem o material adequado à prática de exercício. A atividade inicia-se com uma conversa, onde os clientes deverão verbalizar a sua disponibilidade para a sessão e conversar sobre outros temas relevantes do seu dia-a-dia.	-Instrução - Reforço Verbal positivo	- Dar início à atividade; - Promover a manutenção de hábitos de higiene ao utilizarem material adequado à prática de exercício físico; - Promover a comunicação verbal, interação e relação interpessoal entre os clientes e técnicas; - Motivar o grupo para a realização da sessão.	- Trazer o material adequado para a participação na atividade; - Intervir verbalmente e adequadamente, de acordo com o que é solicitado; - Respeitar a intervenção dos outros clientes não se sobrepondo.
14:20  10'	Motor  Aptidão Física  Interação social	<b><u>Ativação Geral:</u></b> - Os clientes deverão correr ao longo do ginásio durante alguns minutos e, de seguida, dispostos em círculo, realizar mobilizações articulares e alongamentos, ordenados por um dos elementos de grupo, escolhido pela técnica.	-Instrução - Reforço Verbal positivo	- Promover a ativação geral e o aumento da temperatura corporal; - Estimular a interação, comunicação verbal e colaboração na atividade entre os clientes; - Maximizar a amplitude articular e competências motoras; - Estimular a atenção e concentração nas tarefas.	- Deslocar-se em corrida ao longo do ginásio durante o tempo previsto; - Respeitar o ritmo e indicações dos outros clientes; - Realizar as mobilizações pretendidas;
14:30  15'	Motor Coordenação óculo-manual  Interação Social	<b><u>Jogo da Malha (adaptado com materiais):</u></b> - O grupo de apoio divide-se em dois grupos, constituindo duas equipas. - É colocado um pino (e.g. bowling) num dos lados do campo de futebol, oposto ao lado no qual as equipas se encontram. A partir daí, todos os elementos de cada equipa, uma de cada vez, atiram uma bola, com o objetivo de deitar abaixo o pino. <b><u>Nota:</u></b> os pontos são contabilizados da seguinte forma: - Se acertar contabiliza 5 pontos; - se não acertar mas ficar perto contabiliza-se 2 pontos e; -se não acertar no pino não contabiliza nenhum ponto.	- Instrução e demonstração - Reforço verbal positivo - Apoio físico mínimo  Pino de <i>bowling</i> (1) Bolas (16)	- Promover competências sociais de cooperação e trabalho em grupo entre os elementos da equipa; - Maximizar as competências de coordenação óculo-manual, organização das ações motoras voluntárias, sequenciação de tarefas de lançamento e coordenação motora global; - Maximizar a cognição através da contabilização dos pontos e, relação entre essa contagem e a posição da bola e forma de lançamento.	- Respeitar a sua vez e regras do jogo; - Realizar movimentos de coordenação motora de forma organizada e orientada para o objetivo; - Direcionar o lançamento para o alvo a atingir, adequando a força, intensidade e direccionalidade do lançamento; - Contabilizar os pontos concretizados analisando os lançamentos e posição final da bola. - Cooperar em equipa.

<p><b>14:45</b>  20'</p>	<p>Motor Coordenação óculo-manual  Interação Social</p>	<p><b><u>Jogo do Alvo:</u></b> - Os clientes dividem-se em duas filas e realizam a atividade individualmente, um de cada vez. - A cerca de 5 metros de um pino sinalizador, os clientes deverão lançar, com a mão dominante (ou duas mãos, dependendo das dificuldades), um arco com cerca de 10cm de diâmetro, de modo a acertar no pino sinalizador. - O grau de dificuldade deverá aumentar consoante as tentativas, aumentando a distância ao alvo.</p>	<p>- Instrução e demonstração - Reforço verbal positivo - Apoio físico mínimo  Pino sinalizador (2) Arco com cerca de 10 cm de diâmetro (2)</p>	<p>- Maximizar as competências de coordenação óculo-manual, organização das ações motoras voluntárias, sequenciação de tarefas de lançamento e coordenação motora global; -Potenciar a estruturação das ações motoras através das suas fases (input sensorial, processamento e output ou resposta motora); -Possibilitar a realização de atividades de ativação do processamento da ação e de manutenção das competências psicomotoras.</p>	<p>- Respeitar a sua vez e regras do jogo; Realizar movimentos de coordenação motora de forma organizada e orientada para o objetivo; -Direcionar o lançamento para o alvo a atingir, adequando a força, intensidade e direccionalidade do lançamento; - Manter a atenção e concentração na atividade.</p>
<p><b>15:00</b>  15'</p>	<p>Motor Coordenação óculo-manual  Aptidão Física  Interação Social</p>	<p><b><u>Jogo de cooperação:</u></b> -Os clientes dispõem-se em duas filas, mas realizam a atividade em pares, com o colega que se encontrar na mesma posição, na outra fila. -Em conjunto deverão levar uma bola, da forma que mais convenha, sem utilizar as mãos, nos dois sentidos do campo de futebol.</p>	<p>- Instrução e demonstração - Reforço verbal positivo - Apoio físico mínimo  Bola (1)</p>	<p>-Promover a cooperação entre os clientes; - Estimular a aquisição de estratégias para realizar a atividade em conjunto; - Promover a autonomia.</p>	<p>- Realizar a atividade nos dois sentidos sem deixar cair a bola e sem utilizar as mãos; - Cooperar com o colega de equipa; - Arranjar as estratégias necessárias para realizar a atividade, de forma autónoma, com o colega de equipa.</p>
<p><b>15:20</b>  10'</p>	<p>Motor  Interação Social</p>	<p><b><u>Atividade Final (Retorno à calma):</u></b> - Seguindo a mesma perspetiva da atividade geral, realiza-se o retorno à calma, através da mobilização e alongamento articular. Os clientes dispõem-se em círculo, distanciados entre si cerca de um metro e, imitam os movimentos que a técnica exemplifica.</p>	<p>- Instrução e demonstração - Reforço verbal positivo - Apoio físico mínimo</p>	<p>- Promover o relaxamento muscular, aliviando as tensões musculares. - Facilitar o retorno à calma. - Retomar o estado tónico emocional habitual.</p>	<p>- Realizar os movimentos que a técnica exemplifica (tendo em conta as suas características físicas); - Seguir as orientações verbais da técnica; - Executar uma amplitude articular adequada;</p>
<p><b>15:30</b>  10'</p>	<p>Interação Social  Comportamental  Comunicação Verbal</p>	<p><b><u>Diálogo final:</u></b> -Durante os minutos finais da sessão, a técnica e clientes fazem uma avaliação informal da atividade motora. Os clientes deverão demonstrar se gostaram ou não da atividade, do que gostaram mais ou menos e, avaliar o seu desempenho individual e em grupo durante a sessão.</p>	<p>- Instrução - Reforço verbal positivo</p>	<p>- Promover o diálogo entre técnica e clientes; - Realizar a avaliação informal da AM. - Finalizar a atividade.</p>	<p>- Expressar verbalmente os seus sentimentos relativamente à atividade; - Avaliar o seu desempenho durante toda a atividade; - Indicar o que gostariam que fosse realizado nas próximas sessões.</p>

## OBSERVAÇÕES DA SESSÃO 13 DE ATIVIDADE MOTORA (21/3/2014)

A atividade teve a duração prevista no plano de sessão elaborado anteriormente e todos os objetivos e atividades foram realizadas experienciadas pelos clientes do grupo. Mais uma vez, a orientadora local, Dra. Mónica Estevens, orientou o diálogo com os clientes e supervisionou a atividade motora, prestando apoio verbal e físico sempre que necessário. Durante esta sessão tal não foi necessário.

Iniciando-se a sessão, durante a conversa inicial a estagiária apresentou o que iria ser realizado na mesma e os clientes mostraram-se, mais uma vez, motivados e interessados na realização das atividades apresentadas.

O cliente T.V. faltou à sessão devido a uma ida ao médico e, o cliente C.A. não realizou nem esteve presente na mesma, não por não se não encontrar no centro mas sim, por não ter trazido o material necessário à sua prática. É importante referir que, de forma definitiva os clientes C.M e N.M. irão manter-se neste grupo, realizando daqui em diante a atividade motora neste horário.

A atividade decorreu de forma serena não tendo sido observados comportamentos desajustados. O grupo encontra-se mais concentrado e mais cumpridor das atividades escolhidas e das regras e, apresentando menor intensidade de conversas paralelas. No entanto, ainda se desconcentram em alguns momentos, mantendo conversas paralelas durante a realização das atividades, maioritariamente durante os tempos de espera.

A escolha das atividades mostrou-se muito oportuna por permitirem o desenvolvimento dos seguintes aspetos: manutenção da atenção e concentração durante a realização das tarefas; conceção de estratégias individuais e em equipa, acordantes com as suas potencialidades motoras; estimulação da coordenação motora global de movimentos; promoção do relacionamento interpessoal; prazer com a realização de atividades físicas e manutenção de uma vida ativa e, maximizar as competências sociais e de cooperação entre colegas.

As atividades permitem a promoção de todo o sistema psicomotor humano, trabalhando várias competências psicomotoras, concretamente, tais como: capacidade de vigilância, atenção e concentração, equilíbrio dinâmico e estático, estruturação e organização de tarefas em relação a um espaço e num determinado tempo, reconhecimento e consciencialização corporal e de como o seu corpo pode interagir com os objetos, reconhecimento dos membros dominantes e maximização da sua eficácia de execução, maximização da coordenação óculo-manual dirigida a um estímulo concreto e, organização e execução de movimentos corporais precisos e eficazes.

De um modo geral, todos os clientes foram capazes de concretizar as tarefas, de acordo com as suas potencialidades e da forma mais agradável para si. No final, o retorno à calma foi realizado através de mobilizações articulares e alongamentos.

Nas **Próximas Sessões** serão desenvolvidas atividades relacionadas com a prática de jogos tradicionais ou seja, continuação das tarefas realizadas durante esta sessão.

**ANEXO 4 – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS**  
**COLABORADORES PARA O PROJETO DE**  
**INVESTIGAÇÃO**

O presente questionário foi elaborado pela aluna Johana Ribeiro da Silva, a frequentar o 2º ano de Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana, no âmbito da unidade curricular do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, usualmente denominado por **Estágio Curricular**, realizado no CTVAA da CERCILisboa.

**Pertinência do estudo:** Atualmente, a nível europeu, observa-se a necessidade de averiguar as condições de qualidade de vida dos profissionais que trabalham junto de populações com necessidades de apoio formal e informal, onde também se inserem as pessoas com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. Tal como é apresentado em vários estudos, os profissionais das áreas da saúde e ação social, evidenciam maiores níveis de desgaste físico e emocional, verificando-se também menores níveis de qualidade de vida e o surgimento de problemas de saúde a nível geral.

**Objetivo:** identificar e analisar variáveis caracterizadoras da qualidade de vida dos técnicos da CERCILisboa, através da sua relação com a organização do trabalho vivenciada: i.e., verificar se determinada organização de trabalho influencia os níveis de qualidade de vida dos profissionais (Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho),.

Assim, a análise do grau de satisfação com o trabalho é realizada através da verificação da existência ou não de riscos psicossociais, originados pelo trabalho e, que podem culminar em problemas de saúde como *stress* ocupacional, *burnout*, desequilíbrio entre a vida familiar e social, entre outros.

**Finalidade:** compreender quais os riscos psicossociais com que os técnicos da CERCILisboa são confrontados e as necessidades emocionais, físicas e sociais que consideram que devem ser colmatadas. De seguida, pretende-se realizar um levantamento bibliográfico sobre de que forma o Psicomotricista poderá intervir por forma a minimizar tais necessidades.

Todos os dados recolhidos e tratados neste questionário são confidenciais e agradeço, desde já a sua colaboração e contribuição para este estudo.

**Nota:** Nas questões com opção de resposta, preencha os espaços com x.

## DADOS PESSOAIS

1. Género	Masc.____	Fem.____	Idade:_____	
2. Habilitações Literárias	Secundário____	Licenciatura____	Mestrado____	Outro _____
3. Estado Civil	Solteiro____	Casado____	Divorciado____	Outro _____
4. Filhos?	Sim ____	Não ____	Nº filhos ____	Idades _____

## SITUAÇÃO LABORAL

1. Função atual na CERCILisboa	Técnica(o) de intervenção direta _____ Técnica(o) de intervenção específica _____
2. Tempo na função?	
3. Que tipo de tarefas realiza?	

## DESLOCAÇÃO PARA O LOCAL DE TRABALHO

1. Em média, quanto tempo demora a chegar ao seu local de trabalho?	
2. Que meio(s) de transporte utiliza para se deslocar para o trabalho?	Viatura própria _____ Transportes públicos _____ Quantos? _____ Quais? _____ A pé _____ Outro ____ Qual? _____
3. O tempo que demora a chegar ao seu local de trabalho afeta de algum modo o seu desempenho profissional?	Sim ____ Não ____ Se sim, em que sentido?
4. O tempo que demora a chegar ao seu local de trabalho afeta de algum modo a sua vida pessoal e social?	Sim ____ Não ____ Se sim, em que sentido?

## CARACTERIZAÇÃO DO TEMPO DE TRABALHO

1. Qual a carga horária semanal do seu trabalho?	= 35 Horas _____ < 35 Horas _____
2. Qual o seu horário de trabalho?	Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

<b>3. Quantas pausas efetua no seu horário de trabalho?</b>	Nº de pausas: _____ Duração: _____
<b>4. Quem determina o seu horário:</b>	O seu superior _____ O próprio _____ Outro _____
<b>5. Se tem folgas semanais, em que dias e partes do dia se realizam?</b>	Rotativas _____ Fixas _____ Quais os dias em que tem folga por semana? 2ª Feira _____ 3ª Feira _____ 4ª Feira _____ 5ª Feira _____ 6ª Feira _____ Manhã _____ Tarde _____

## IMPACTO DO HORÁRIO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

<b>1. Em média, quantas horas dorme por noite?</b>	Nº: _____
<b>2. Quantas horas precisa de dormir, para que se sentir em pleno, a nível físico e psíquico?</b>	Nº: _____
<b>3. Como caracterizaria a qualidade do seu sono?</b> (Considere uma escala de 1 a 5, em que 1 corresponde a “Muito fraca” e 5 corresponde a “Excelente”).	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
<b>4. O que afeta a qualidade do seu sono?</b> (e.g. preocupações, insónias, vida familiar, trabalho...)	
<b>5. O seu horário e carga horária de trabalho afetam ou colocam em risco:</b>	A qualidade do seu sono? Sim _____ Não _____  A sua vitalidade ao longo do dia? Sim _____ Não _____  O seu desempenho profissional? Sim _____ Não _____
<b>6. Considera que a sua vida familiar é afetada pelo seu trabalho?</b>	Sim _____ Não _____ Porque motivos?
<b>7. Considera que a sua vida social é afetada pelo seu trabalho?</b>	Sim _____ Não _____ Porque motivos?



<p><b>8.</b> O seu trabalho provoca-lhe alterações em algum/alguns dos seguintes níveis:</p>	<p>Desempenho profissional _____          Desempenho familiar _____          Bem-estar físico _____          Bem-estar emocional _____          Saúde _____          Fadiga/ cansaço _____          Capacidade de resolução de problemas _____          Dificuldades de concentração/ atenção _____          Ansiedade _____          Stressee _____          Segurança financeira _____          Elevadas exigências emocionais _____          Outra(s): _____</p>
<p><b>9.</b> Que estratégias utiliza para ultrapassar as dificuldades que vão surgindo NO LOCAL DE TRABALHO?</p> <p>( e.g. Relação interpessoal com outros técnicos, clientes e direção; problemas relacionados com as tarefas que realiza ou a intervenção terapêutica; dificuldades na sua prática profissional...)</p>	
<p><b>10.</b> Que estratégias utiliza para ultrapassar dificuldades provocadas PELO SEU TRABALHO em si próprio e nos contextos em que se insere?</p> <p>(e.g.: prática de exercício físico; realizar atividades de que gosta...)</p>	

## HÁBITOS

<p><b>1.</b> Atualmente possui algum dos seguintes hábitos:</p>	<p>Prática de atividade física ____ frequência semanal ____          Consumo de tabaco ____          Consumo de álcool ____          Consumo de cafeína ____ Nº de cafés que bebe em média por dia? ____          Outros: _____</p>
---	---

1. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a qualidade de vida do indivíduo pode ser analisada a nível físico, psicológico, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais. Desta forma, descreva, de seguida, de que forma considera que o seu trabalho influencia, positiva ou negativamente, a sua qualidade de vida e em que contextos.

ASPETOS POSITIVOS	ASPETOS NEGATIVOS

2. Tendo em conta a problemática do *stress* ocupacional, que pode surgir por várias consequências de hábitos de vida profissionais e pessoais, quais considera as principais necessidades dos profissionais das áreas da saúde e ação social.

Necessidades:

3. De que forma considera que essas necessidades podem ser colmatadas ou minimizadas, melhorando a qualidade de vida e bem-estar geral dos colaboradores e técnicos da CERCILisboa.

Sugestões:

**Obrigado pela sua colaboração!**

**ANEXO 5 – PANFLETO DISTRIBUÍDO NA CERCILISBOA COM OS RESULTADOS OBTIDOS NO PROJETO**

## ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR O STRESS OCUPACIONAL

- Manutenção de um estilo de vida **ATIVO E SAUDÁVEL**;
- Manter o sentimento de controlo sobre as situações do dia-a-dia. Assumir um nível adequado de **AUTOCONTROLO** e de alerta face às alterações.
- Realizar exercícios ou terapia baseada em **TÉCNICAS DE RELAXAÇÃO E CONSCIENCIALIZAÇÃO CORPORAL**. A relaxação constitui um momento de repouso e de restabelecimento de energia. Através destes exercícios é possível manter a vivacidade e funcionalidade muscular e aumentar a perceção das reações corporais próprias, ajudando o indivíduo a interpretar os sinais do seu corpo e a enfrentar as situações;
- Manter uma vida social e o suporte pessoal do envolvimento equilibrada. Estabelecer **RELAÇÕES INTERPESSOAIS E SOCIAIS HARMONIOSAS** permite a melhoria do bem-estar geral e, o suporte social possibilita a melhoria do autoconceito, autoestima e sentimento de pertença;
- Ter boa disposição e encarar a vida pelo lado **POSITIVO, MANTENDO RELAÇÕES DE TRABALHO E INTERPESSOAIS SAUDÁVEIS**.

Também os colaboradores da organização referiram estas estratégias como forma de minimizar a incidência das problemáticas e, prevenir o stress ocupacional.



A ação do **PSICOMOTRICISTA** na problemática do stress ocupacional é muito importante e pode traduzir-se na minimização significativa dos seus sintomas. A intervenção psicomotora pode melhorar consideravelmente o bem-estar geral dos indivíduos, promovendo a qualidade de vida em todos os seus domínios - **PSICOLÓGICO, EMOCIONAL/AFETIVO, SOCIAL, FÍSICO**.

As principais técnicas e ferramentas de que o psicomotricista dispõe a fim de intervir sobre esta problemática, podem incluir:

- ⇒ Técnicas de relaxação;
- ⇒ Biofeedback;
- ⇒ Técnicas de consciencialização corporal;
- ⇒ Técnicas de controlo da respiração;
- ⇒ Terapia cognitivo-comportamental através da mediatização corporal e sensorial;
- ⇒ Atividade motora;
- ⇒ Treino de competências pessoais e sociais (resolução de problemas, comunicação, interação social);
- ⇒ Atividades direcionadas para os gostos e motivações do indivíduo.



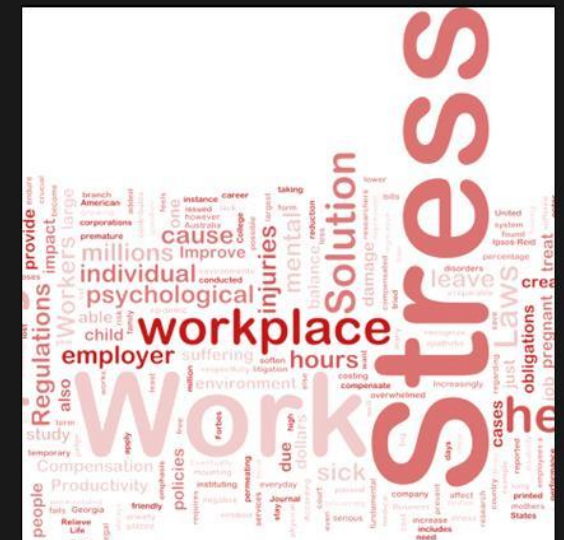
Comissão Científica:

Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Agradecimentos:

Direção e colaboradores da CERCILisboa

Johana Ribeiro Silva



## STRESS OCUPACIONAL NOS CUIDADORES FORMAIS

Apresentação dos principais riscos psicossociais e necessidades de profissionais de saúde e ação social, que trabalham junto de populações com necessidades de apoio.



Apesar das mudanças positivas, nos setores da saúde e da economia, os problemas de saúde podem surgir e, a qualidade de vida dos indivíduos ser afetada. Neste sentido, muitas vezes deparam-se com situações de dependência e perda de autonomia, não sendo capazes de cuidar de si, num ou em vários domínios da sua vida, evidenciando-se, neste momento, o papel do cuidador, fundamental à melhoria da qualidade de vida das pessoas com necessidades de apoio.

Desta forma, os cuidados de saúde são compostos por dois sistemas distintos: os cuidados Formais, constituídos pelas instituições, serviços e profissionais de saúde, que prestam apoio especializado, técnico ou social e, os cuidadores Informais constituídos, essencialmente, por elementos da família.

## CUIDADORES FORMAIS

... constituem todos os profissionais do setor da saúde e ação social que, prestam apoio qualificado, especializado e técnico, a populações com necessidades de apoio, permitindo a melhoria da qualidade de vida, bem-estar, autonomia e funcionalidade das mesmas, nos contextos em que se inserem.

Contudo, segundo dados apresentados no 5º Relatório europeu sobre as condições de trabalho, elaborado pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2012), os profissionais do setor da saúde e ação social, experimentam elevados níveis de Stress Ocupacional, podendo envolver problemas de saúde física e mental, maiores riscos psicossociais e, geralmente, Menor Qualidade de Vida.



Para este tipo de setores e para que surjam estas problemáticas, a agência aponta alguns **Fatores de Risco** essenciais que, além das características genéticas, pessoais e entre géneros, podem estar na origem do stress ocupacional:

- Contratos de trabalho precários no contexto de instabilidade de mercado;
- Aumento da vulnerabilidade dos trabalhadores no contexto de globalização;
- Novas formas de contrato de trabalho;
- Sentimentos de insegurança no trabalho;
- Envelhecimento da população ativa;
- Intensificação do trabalho e elevadas exigências emocionais no trabalho;
- Aumento do horário de trabalho;
- Pobre equilíbrio entre a vida profissional e familiar.

Neste sentido, procedeu-se à aplicação de um questionário que permitisse realizar um levantamento de dados, junto dos colaboradores da CERC Lisboa, na tentativa de compreender quais as suas principais necessidades emocionais, pessoais, sociais e físicas. Em seguida, procedeu-se à comparação desses dados com as necessidades e sintomas, característicos de situações de stress ocupacional, evidenciados na literatura.

## Sintomas e Problemáticas...

Os principais sintomas e problemáticas que surgem na vida dos profissionais, revelados pela literatura, englobam:

- Problemas de saúde física geral (sistemas músculo-esquelético, cardiovascular, respiratório e imunológico...);
- Maior prevalência de riscos psicossociais;
- Problemas de saúde mental (ansiedade, irritabilidade, perturbações do sono, raiva, sentimentos negativos em relação ao trabalho e a vida; stress ocupacional, *burnout*...);
- Diminuição da produtividade no local de trabalho;
- Ansiedade e sentimentos negativos relativos ao trabalho e funções realizadas;
- Acidentes de trabalho;
- Maior taxa de absentismo;
- Maior taxa de faltas ao trabalho.

E, as necessidades e problemáticas, sugeridas pelos colaboradores:

- Interferências no bem-estar físico e bem-estar emocional;
- Fadiga e cansaço;
- Stress generalizado;
- Alterações na segurança financeira;
- Transtornos no desempenho familiar;
- Problemas de ansiedade;
- Elevadas exigências emocionais;
- Alterações no bem-estar geral;
- Dificuldades de concentração;
- Dificuldades de segurança e autoafirmação pessoais;
- Gestão de conflitos.

**ANEXO 6 – PLANO DE SESSÃO ELABORADO PARA**  
**APLICAÇÃO PRÁTICA DO PROJETO DE**  
**INVESTIGAÇÃO**

## SESSÃO EM PSICOMOTRICIDADE

3.Junho.2014 – 18h/19h



<b>Grupo:</b> 41 Colaboradores da CERCI Lisboa – cuidadores formais Técnicos de Intervenção Direta; Técnicos de Intervenção Especializada	<b>Contexto/Local:</b> Ginásio do CTVA (CERCI Lisboa)	<b>Duração:</b> 60 minutos
<b>Objetivos Gerais ...</b> - Realizar ação de esclarecimento sobre fatores de risco ocupacional em cuidadores formais, num contexto prático e informal; - Apresentar algumas estratégias individuais de minimização de efeitos ocupacionais negativos; - Permitir aos colaboradores experienciar dinâmicas de grupo que visem a diminuição de sintomas ocupacionais negativos e prejudiciais à qualidade de vida de cuidadores formais.		

Hora/ Duração	ATIVIDADE	DESCRIÇÃO	ESTRATÉGIAS	OBJETIVO ESPECÍFICO
18:00  15'	1 - Apresentação teórica/contextual	- Apresentação da componente teórica elaborada acerca do impacto de fatores de risco psicossocial na qualidade de vida de cuidadores formais.	Comunicação verbal	- Apresentar os conceitos de Cuidador Formal e os fatores de risco ocupacional a que estes cuidadores estão sujeitos; - Sensibilizar para a problemática do stress ocupacional; - Revelar as principais problemáticas e necessidades quando a qualidade de vida do cuidador é alterada por motivos ocupacionais; - Apresentar algumas intervenções e estratégias de minimização do stress ocupacional e problemas consequentes;
18:15  10'	2- Atividades práticas de quebra-gelo	- É distribuída a cada elemento uma folha com um conjunto de frases onde são nomeadas características físicas, afetivas ou gostos pessoais. O objetivo consiste na recolha individual de assinaturas, do maior número de pessoas, que apresentem determinada característica ou gosto pessoal, presente na folha cedida a cada um. - O grupo distribui-se em pares. Um dos elementos coloca na testa uma personagem, do qual não vê o nome e, vai fazendo perguntas ao seu par, de resposta direta (Sim ou não), até adivinhar a personagem escrita no seu papel. Nota: esta atividade será realizada caso a atividade anterior termine antes do tempo previsto.	Instrução Demonstração Feedback	- Aumentar a descontração global nos elementos do grupo; - Diminuir tensões existentes; - Preparar os elementos para a realização de atividades práticas e informais, retirando-os da sua zona de conforto; - Proporcionar momentos de interação positivos e prazerosos.

18: 25 20'	3 – Dinâmica de Grupo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O grande grupo é dividido em grupos de menores dimensões (dependendo dos técnicos presentes cerca de 5 a 6 grupos com 6 a 7 elementos – dividir no dia consoante os presentes);</li> <li>- Três grupos de cada vez deverão percorrer um conjunto de obstáculos (transpor um banco sueco, percorrer um conjunto de cones em ziguezague, contornar um colchão cilíndrico). Cada grupo será embrulhado em papel higiénico, devendo manter-se unido para não o rasgar.</li> </ul>	Instrução Feedback Comunicação verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maximizar competências tais como a cooperação, trabalho em equipa e entreajuda;</li> <li>- Promover resolução de problemas em equipa e implementação de estratégias que permitam ultrapassar os constrangimentos;</li> <li>- Promover competências pessoais e sociais (resolução de problemas, comunicação interpessoal e autonomia);</li> </ul>
18:45 10'	4 – Relaxação muscular	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante os últimos minutos da sessão realizar-se-á uma atividade de relaxação muscular. Nesta atividade o grupo divide-se em pares, experienciando da atividade à vez.</li> <li>- Inicialmente um dos elementos deita-se e usufrui de massagens realizadas com uma bola pelo colaborador seu par. De seguida, trocam os elementos.</li> <li>- Será realizado este tipo de relaxação para diminuir inibições e para que os técnicos se sintam mais descontraídos.</li> </ul>	Instrução Demonstração Feedback	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o relaxamento muscular, aliviando as tensões musculares;</li> <li>- Facilitar o retorno à calma;</li> <li>- Ceder as técnicas e ferramentas necessárias para que cada elemento do grupo possa realizar atividades de relaxamento, durante curtos ou longos períodos de tempo.</li> </ul>
18:55 5'	Avaliação final	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de um diálogo final acerca da sessão e perceber de que forma esta prática pode contribuir para melhorar a qualidade de vida dos colaboradores.</li> <li>- Os elementos deverão preencher uma ficha de avaliação elaborada pela estagiária.</li> </ul>	Comunicação verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar informalmente a sessão;</li> <li>- Compreender o contributo da sessão para a qualidade de vida dos colaboradores.</li> </ul>

Material	Folhas com as frases-chave da act. quebra-gelo (50); bancos suecos (3); cones (9); colchões cilíndricos ou bastão (3); Bolas (25); folhas com figuras (5/7); Colchões (x)
----------	---

Responsável pela sessão	Johana Ribeiro Silva
-------------------------	----------------------



## **ANEXO 7 – FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO** **DINAMIZADA PARA OS COLABORADORES**

### **AVALIAÇÃO DA SESSÃO EM PSICOMOTRICIDADE**

**Classificação:** coloque uma cruz na classificação que pretende atribuir, para cada parâmetro de avaliação. A escala de cotação varia entre 1, que significa “nada adequado” e, 5 que representa “muito adequado”.

Domínio	1	2	3	4	5
---------	---	---	---	---	---

#### **CONTEÚDOS TEÓRICOS**

Pertinência do tema					
Pertinência dos conteúdos apresentados (cuidadores formais, fatores de risco psicossocial, necessidades...)					
Organização e sequência dos conteúdos					

#### **CONTEUDOS PRÁTICOS**

Escolha das atividades					
Adequação das atividades ao tema em análise					
Utilidade das atividades					

#### **POSTURA DA TÉCNICA**

Postura na apresentação dos conteúdos teóricos					
Postura na dinamização das atividades práticas					

Sugestões e comentários acerca da sessão e dos conteúdos apresentados (opcional): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Obrigado pela sua colaboração!**